



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR  
ISABELLE MOREIRA PURIFICAÇÃO

ÉVALUATION DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES INFIRMIÈRES ŒUVRANT  
AUPRÈS DES GRANDS BRÛLÉS ET LEURS STRATÉGIES D'ADAPTATION.

DÉCEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

**Problématique :** À l'heure actuelle, bon nombre d'études se sont penchées sur l'épuisement professionnel des infirmières. Les études concernant les infirmières œuvrant en soins critiques révèlent, entre autres, que le stress vécu dans leur milieu de travail a des conséquences néfastes sur leur santé psychologique, dont l'épuisement professionnel (Agoub, Elyazaji, & Battas, 2000; Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Il y a toutefois peu d'études concernant l'épuisement professionnel ainsi que les stratégies d'adaptation chez les infirmières œuvrant auprès des GB. De plus, la mise en relation entre ces deux concepts n'a jamais été étudiée auprès des infirmières œuvrant auprès des GB. **Objectifs :** L'étude vise à évaluer le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB, à décrire les stratégies d'adaptation utilisées par celles-ci et finalement, à évaluer la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation. **Méthode :** Une étude descriptive corrélationnelle a été menée auprès de 23 infirmières œuvrant au centre des GB du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Un questionnaire en ligne a été utilisé. Il comporte 3 sections soit, la version française de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), la version française de *Ways of Coping Checklist* (WCC) et des questions sociodémographiques. **Résultats :** Le score de l'épuisement émotionnel est bas ( $18,3 \pm 10,6$ ) ainsi que le score de dépersonnalisation ( $5,8 \pm 5,5$ ), tandis que le score de l'accomplissement professionnel est élevé ( $38,5 \pm 7,1$ ). Ces résultats révèlent que les infirmières sont peu épuisées émotionnellement et manifestent peu de dépersonnalisation dans leur travail. De plus, les infirmières des GB manifestent dans leur travail un niveau d'accomplissement professionnel élevé. Les stratégies d'adaptation les plus utilisées sont celles centrées sur le problème ( $31,7 \pm 3,9$ ) et sur la recherche de soutien social ( $24,3 \pm 2,6$ ) alors que celles centrées sur l'émotion sont les moins utilisées ( $22,0 \pm 5,5$ ). Les deux premières stratégies d'adaptation favorisent un niveau faible d'épuisement professionnel. Une corrélation positive et statistiquement significative a été identifiée entre le niveau d'épuisement émotionnel et l'usage de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = 0,71$  ;  $p = 0,001$ ). De plus, une corrélation négative statistiquement significative

a été identifiée entre l'accomplissement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = -0,61$  ;  $p = 0,008$ ). Lorsque les infirmières utilisent des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, elles manifestent un niveau d'épuisement émotionnel plus élevé en plus de manifester un niveau d'accomplissement professionnel plus bas. Elles sont donc plus à risque d'épuisement professionnel. **Conclusion** : Le niveau d'épuisement professionnel identifié dans la présente étude est inférieur par rapport aux études antérieures (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Niasar, Kharamé, Koohbor, & Aghaziarati, 2013; Tekindal, Tekindal, Pinar, Ozturk, & Alan, 2012). Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème et sur la recherche de soutien social sont les plus utilisées par les infirmières œuvrant auprès de GB. Deux relations avec les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion sont ressorties de cette étude, la première avec niveau d'épuisement émotionnel et la deuxième avec le niveau d'accomplissement professionnel. Des études supplémentaires sont nécessaires afin de comprendre davantage le phénomène.

Mots-clés en français : épuisement professionnel, stratégies d'adaptation, infirmières, grands brûlés,

Mots-clés en anglais : burnout, coping strategies, nurses, burn unit.

### Summary

**Problematic:** Currently, many studies have looked into burnout among nurses. There is some literature concerning critical care nurses which reveal that stress in their work environment has a negative impact on their psychological health, including burnout (Agoub et al., 2000; Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Not much is available concerning burnout and coping strategies among nurses working in the burn unit. Moreover, to our best knowledge, the association between the two concepts has never been studied. **Objectives:** The purpose of the study was to assess the level of burnout among nurses working in the burn unit center, to describe the coping strategies used, and finally to evaluate the relationship between the two concepts. **Method:** A correlational descriptive study was conducted with 23 nurses working in the burn unit center of the *Centre Hospitalier de l'Université de Montréal* CHUM. An online questionnaire was used. It contains 3 sections, the French version of the Maslach Burnout Inventory (MBI), the French version of Ways of Coping Checklist (WCC) and the last section includes sociodemographic questions. **Results:** The score of emotional exhaustion is low ( $18.3 \pm 10.6$ ) and the depersonalization score ( $5.8 \pm 5.5$ ), while the score of professional achievement is high ( $38.5 \pm 7.1$ ). The nurses show little emotional exhaustion and depersonalization from their work. The nurses show a high level of professional achievement in their work. The most commonly used coping strategies are those centered on the problem ( $31.7 \pm 3.9$ ) and the search for social support ( $24.3 \pm 2.6$ ), while those focused on emotion are the least used ( $22.0 \pm 5.5$ ). Problem-oriented and seeking social support coping strategies seems to promote a low level of burnout. A positive and statistically significant correlation was identified between the level of emotional exhaustion and the use of emotionally focused coping strategies ( $r^2 = 0,71$ ,  $p = 0,001$ ). In addition, a statistically significant negative correlation was identified between professional achievement and emotionally focused coping strategies ( $r^2 = -0,61$ ,  $p = 0,008$ ). When nurses use emotionally focused coping strategies, they exhibit a higher level of emotional exhaustion, as well as a lower level of professional achievement. They are

therefore more at risk of burnout. **Conclusions:** The level of burnout is lower than in previous studies (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012). Problem-oriented coping strategies and the search for social support are the most used by nurses working in the burn unit. Two relationships with emotionally focused coping strategies emerged from this study, the first with a level of emotional exhaustion and the second with the level of professional achievement. Additional studies are needed to better understand the phenomenon.

Keywords: burnout, coping strategies, nurses, burn unit.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Summary .....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des tableaux .....	ix
Liste des figures .....	x
Remerciements .....	xi
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Problématique de recherche .....	3
Les préoccupations et facteurs en cause. ....	4
Le contexte empirique .....	7
L'épuisement professionnel.....	7
Les stratégies d'adaptation. ....	8
Le cadre de référence.....	10
Le projet proposé.....	11
Les objectifs de recherche. ....	11
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	12
Les brûlures et les patients au centre des GB.....	13
La classification d'une brûlure. ....	14
L'étendue. ....	14
La profondeur.....	15
Le choc des patients GB. ....	16
Les soins spécifiques au centre des GB .....	19

La phase de réanimation des patients au GB. ....	19
La phase aiguë des patients GB. ....	20
La phase de réadaptation des patients GB. ....	20
Le cadre de référence.....	22
L'analyse des études antérieures.....	27
L'épuisement professionnel.....	27
Les stratégies d'adaptation. ....	35
Chapitre 3 : Méthodologie de recherche.....	40
Le devis.....	41
Le concept, les variables et les instruments de mesure.....	41
L'épuisement professionnel.....	41
Les stratégies d'adaptation. ....	44
La population cible, l'échantillon et le milieu.....	46
Les critères d'inclusion et d'exclusion. ....	47
Le déroulement des activités.....	47
Le plan des analyses.....	48
Le contrôle des biais.....	49
Les considérations éthiques.....	50
Chapitre 4 : Résultats de recherche .....	51
Le portrait de l'échantillon.....	52
L'épuisement professionnel.....	55
Les stratégies d'adaptation.....	63



La relation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation. ....	71
Chapitre 5 : Discussion .....	73
L'épuisement professionnel. ....	74
Les stratégies d'adaptation.....	78
La relation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation. ....	81
Les forces et les limites de l'étude.....	82
Les recommandations en lien avec la recherche .....	84
Les recommandations en lien avec la pratique. ....	85
Conclusion.....	86
Références.....	88
Appendice A Questionnaire en 3 sections. ....	94
Appendice B Lettres d'autorisation des auteurs.....	102
Appendice C Formulaire d'autorisation à être contacté. ....	105
Appendice D Information de décembre lors du premier contact en personne par la chercheuse. .....	107
Appendice E Premier courriel. ....	109
Appendice F Deuxième courriel – Rappel.....	111
Appendice G Certificat d'Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains (CEREH) UQTR. .....	113
Appendice H Comité d'éthique de la recherche du CHUM.....	115
Appendice I Formulaire d'information et de consentement.....	118

### Liste des tableaux

Tableau 1 Résumé des études ayant utilisé le questionnaire MBI .....	32
Tableau 2 Version française du Maslach Burnout Inventory (MBI) .....	42
Tableau 3 Version française du Ways of Coping Checklist (WCC-R) .....	45
Tableau 4 Caractéristiques sociodémographiques des participants .....	54
Tableau 5 Répartition des réponses pour la dimension : Sentiment d'épuisement émotionnel (9 items) .....	56
Tableau 6 Répartition des réponses pour la dimension : Dépersonnalisation (5 items) .....	58
Tableau 7 Répartition des réponses pour la dimension : Accomplissement professionnel au travail (8 items).....	60
Tableau 8 Niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB.....	62
Tableau 9 Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (10 items) .....	64
Tableau 10 Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (9 items) .....	66
Tableau 11 Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien social (8 items) .....	68
Tableau 12 Stratégies d'adaptation les plus utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB .....	70
Tableau 13 Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur le problème .....	71
Tableau 14 Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion .....	72
Tableau 15 Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social.....	72

### Liste des figures

Figure 1. Schématisation de la théorie des stratégies d'adaptation par Bruchon-Schweitzer (2001) — adaptation par Isabelle Moreira Purificação (2017).....	24
Figure 2 Recrutement des participants .....	53

## Remerciements

L'auteure désire exprimer sa grande reconnaissance à sa directrice de recherche, Madame Lyne Cloutier, Inf. Ph.D., professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi qu'à sa codirectrice Mme Julie Houle, Inf. Ph.D., également professeure au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour leur soutien, leur bienveillance et ainsi que leur rigueur en recherche qui ont été très utiles à la réalisation de la présente étude. Un remerciement particulier à Mme José Côté, Inf. Ph.D., Professeur titulaire, Titulaire de la Chaire sur les nouvelles pratiques en soins infirmiers, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal et Chercheur régulier du CRCHUM pour sa confiance et appui lors du processus de recherche au CHUM. Un merci tout particulier également à Mme Sylvie Dubeau Inf. Chef de l'Unité des Grands Brûlés du CHUM pour sa confiance et son accord à la recherche auprès de son personnel. Sans quoi le projet de recherche n'aurait pas eu être possible. Un grand merci pour le soutien et la patience de la part de ma chère petite famille : mon cher mari Rui, nos trois enfants David, Tiago et BB (à venir en septembre 2019) ainsi que mes chers parents et ma très grande amie Isabelle Couture qui ont toujours cru en moi malgré les difficultés. Un sincère remerciement tout particulier pour le support, les relectures et discussions avec mes chères collègues infirmières : Nataly Filion, Francette Radelet et Viviane Tremblay. Finalement il est crucial d'exprimer des remerciements particuliers à toutes les infirmières répondantes qui ont généreusement participé au projet de recherche, car aucune étude ne peut se réaliser sans la participation inestimable des répondantes. Un tout grand merci à vous toutes membre de l'équipe des Grands-Brûlés du CHUM qui ont répondu à cette étude.

Un tout grand merci à vous tous !

*Isabelle Moreira Purificação Inf. Clin. Ét. Maîtrise Sc. Inf. UQTR*

## Introduction

Au cours des dernières années, plusieurs études se sont intéressées aux infirmières<sup>1</sup> et leur santé psychologique due au stress induit par leur travail et le contexte dans lequel elles travaillent. Toutefois, peu d'entre elles se sont intéressées aux infirmières œuvrant auprès des GB (Murji, Gomez, Knighton, & Fish, 2006). Il est néanmoins souligné que la demande émotionnelle face au stress en lien avec le travail des professionnelles de la santé, tel que les infirmières, contribue à la fatigue, à l'épuisement professionnel et a une implication négative face aux soins prodigués par celles-ci (Kinman & Leggetter, 2016). De plus, les infirmières travaillant en unités de soins critiques sont exposées à un contexte de travail pouvant entraîner une détresse psychologique (Forozeiya, Vanderspank-Wright, Fothergill Bourbonnais, Moreau, & Kenneth Wright, 2019). Les stratégies d'adaptation mises en place par les professionnelles de la santé, telles que les infirmières, ont également une incidence sur la qualité des soins prodigués (Xu et al., 2019). Cette étude propose un regard actuel sur le niveau d'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des GB. En plus, ce projet étudie les stratégies d'adaptation utilisées pour faire face au stress lié à leur travail. Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présente la problématique de recherche et le cadre de référence. Le second chapitre expose le rôle et les tâches des infirmières œuvrant au GB et fait état de la littérature concernant les GB ainsi que les études en lien avec les principaux concepts. Le troisième chapitre décrit la méthode de recherche utilisée, alors que l'on retrouve les résultats au quatrième chapitre. Enfin, le cinquième chapitre propose une discussion pour mettre en perspective les résultats obtenus suivi d'une conclusion et des recommandations.

---

<sup>1</sup> L'utilisation du féminin dans le texte, conforme à l'usage, ne vise qu'à son allègement stylistique.

## **Chapitre 1 : Problématique de recherche**

Ce chapitre est divisé en quatre sections : les préoccupations et les facteurs en cause de l'épuisement professionnel et des stratégies d'adaptation, le contexte empirique, le cadre de référence et le projet proposé.

### **Les préoccupations et facteurs en cause.**

Les infirmières œuvrant dans les unités de grands brûlés (GB) sont exposées à des situations pouvant générer un grand stress psychologique (Hylton Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015; Kilcoyne & Dowling, 2007; Olofsson, Bengtsson, & Brink, 2003). Ce stress impose alors aux infirmières le besoin de s'adapter (Cronin, 2001; Kornhaber & Wilson, 2011; Lewis, Poppe, Twomey, & Peltier, 1990; Nagy, 1999). Lorsque nous parlons de GB, surgit immédiatement une impression de douleur et de souffrance. Les infirmières aux GB ont un rôle primordial à jouer dans le soulagement de la douleur de leurs patients. Cependant, elles se retrouvent rapidement face au dilemme de soulager et d'infliger de la douleur. En effet, bien que des méthodes de soulagement de la douleur sont utilisées, elles ne suffisent pas toujours à contrôler la douleur qui découle des soins de plaies qu'elles doivent effectuer quotidiennement. Ce dilemme ainsi que les écarts entre les objectifs visés et la capacité à les atteindre ont le potentiel de générer du stress chez les infirmières.

À notre connaissance, il n'y a pas de données probantes concernant spécifiquement la santé psychologique des infirmières qui œuvrent auprès des GB. Toutefois, des données recueillies auprès d'infirmières œuvrant en soins critiques révèlent que le stress vécu dans leur milieu de travail a des conséquences néfastes sur leur santé psychologique. En effet, l'épuisement professionnel est une de ces conséquences (Agoub et al., 2000; Arrogante & Aparicio-Zaldivar,



2017). Les patients qui sont atteints de brûlures graves nécessitent d'être hospitalisés dans des unités de soins critiques surspécialisés. Malgré cette distinction, un lien peut donc être fait entre les GB et les soins critiques. Le taux de prévalence d'épuisement professionnel chez les infirmières en soins critiques est évalué entre 25 % à 80 % (Mealer, 2016).

Plusieurs facteurs personnels et environnementaux peuvent expliquer le stress psychologique vécu par les infirmières. En effet, l'expérience de la douleur vécue par les patients fait partie de l'environnement dans lequel travaille l'infirmière aux GB. L'interprétation cognitive que fait l'infirmière de cette situation peut influencer les stratégies d'adaptation qu'elle utilisera et la réponse qu'elle manifesterà. De plus, plusieurs auteurs soutiennent que les infirmières éprouvent du stress face à la douleur vécue par leurs patients (Cronin, 2001; Rossi, Camargo, Santos, Barruffin, & Carvalho, 2000). En outre, la douleur constitue la plus fréquente plainte des patients brûlés (Cronin, 2001; Fischer & Waxman, 2012; Juozapaviciene, Rimdeika, & Karbonskiene, 2012; Yuxiang et al., 2012). Le contexte des soins critiques, où sont traités les patients GB, induit une source de stress chez les infirmières. En effet, une étude souligne que 63,2 % des infirmières se disent stressées au travail (Agoub et al., 2000). De plus, les infirmières œuvrant au centre des GB, soit une unité de soins critiques surspécialisée font face à un travail exigeant et pouvant générer du stress (Cronin, 2001). L'exposition au stress a un impact négatif sur les infirmières et contribue à l'épuisement professionnel et diminue la qualité des soins (Xu et al., 2019). Selon certains auteurs, travailler dans un milieu de soins critiques auprès des grands brûlés fait que les infirmières soient dans un environnement de travail intense et qu'elles doivent s'adapter à des situations difficiles (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Cronin, 2001; Forozeiya et al., 2019). La demande émotionnelle face au stress induit par le travail en unité de soins critiques contribue à la fatigue, à l'épuisement professionnel et à la détresse psychologique (Forozeiya et al., 2019; Kinman & Leggetter, 2016). Lorsque la personne ne se sent pas capable de surmonter les défis auxquels elle doit faire face, il y a une perception de menace. Lorsque la

personne ne perçoit pas de contrôle sur cette menace, elle risque de développer une détresse psychologique pouvant mener à un épuisement professionnel (Lazarus & Folkman, 1984).

Tous les facteurs mentionnés précédemment soient la sensation de douleur des patients lors des soins, le dilemme face à la douleur, le contexte des soins critiques et les situations difficiles entraînent des retombées néfastes chez les infirmières. En plus du stress, des auteurs d'une étude phénoménologique précisent que les infirmières au GB vivent un sentiment d'impuissance et de frustration face à leur travail quotidien qui est de soulager et de traiter les plaies (Kornhaber & Wilson, 2011). Le stress peut également affecter la santé physique et psychologique de ces infirmières (Kilcoyne & Dowling, 2007). Les émotions ressenties par les infirmières face aux circonstances d'accidents tragiques vécus par ces patients GB (ex. : défiguration, mort d'un être cher, etc.) ne sont pas sans conséquence pour les personnes dont elles prennent soin (Cronin, 2001; Hilliard & O'Neill, 2010). L'atteinte de la santé physique et psychologique a pour conséquence de rendre les infirmières plus vulnérables à l'épuisement professionnel (Agoub et al., 2000; Cronin, 2001; Kinman & Leggetter, 2016). Des auteurs rapportent dans les conclusions d'une étude qualitative de type phénoménologique que les infirmières sont vulnérables psychologiquement (Olofsson et al., 2003). D'autres auteurs soutiennent de plus, dans une étude qualitative à caractère exploratoire descriptive, que les infirmières sont émotionnellement fragiles (Duarte, Lemos, Zanini, & Wagnes, 2012). Selon des auteurs, les infirmières travaillant sous de telles conditions de stress au centre des GB augmentent leur peur face à la mort et à la mutilation et vivent un sentiment d'impuissance qui les rendent plus susceptibles à l'épuisement professionnel (Davidson & Jackson, 1985). Dans un même ordre d'idée, l'une des conséquences d'une adaptation inadéquate des infirmières face à des situations difficiles ou stressantes mène à un taux plus élevé d'épuisement professionnel (Kinman & Leggetter, 2016; Piquemal-Vieu, 2001). Les infirmières à risques élevés d'épuisement professionnel utilisent le retrait, l'évitement et la fuite. Ces dernières stratégies d'adaptation peuvent nuire à une gestion optimale du stress par les infirmières (Piquemal-Vieu, 2001). Elles

peuvent aussi utiliser d'autres types de stratégies d'adaptation telles que la distanciation et la dépersonnalisation de la personne soignée qui conduisent à une diminution de l'accomplissement personnel. Sachant que l'accomplissement personnel renforce la capacité à faire face aux situations stressantes, à l'opposé, la perte d'accomplissement personnel entraîne un sentiment d'impuissance qui peut conduire à un syndrome dépressif (Piquemal-Vieu, 2001) générant de ce fait un cercle vicieux. Ainsi, les infirmières souffrent du stress au travail ce qui nécessite le besoin de s'adapter. Elles doivent mettre en place des stratégies d'adaptation afin de réduire les conséquences négatives du stress. La partie suivante, sur le contexte empirique, traitera des études sur l'épuisement professionnel en soins intensifs et des études sur les différentes stratégies d'adaptation relevées chez les infirmières œuvrant auprès des GB.

## **Le contexte empirique**

### **L'épuisement professionnel.**

Plusieurs études ont porté sur l'épuisement professionnel en soins critiques, mais aucune ne s'est interrogée spécifiquement sur le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB. Quatre études de type descriptives corrélationnelles ont été retenues (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012). Elles ont toutes utilisé le questionnaire *Maslach Burnout Inventory* (MBI) pour l'évaluation de l'épuisement professionnel. En résumé, une de ces études démontre un niveau d'épuisement émotionnel élevé chez les infirmières (Tekindal et al., 2012), deux ont un niveau moyen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018) et la dernière un niveau bas (Niasar et al., 2013). Une de ces études démontre un niveau de dépersonnalisation élevé chez les infirmières (Choi et al., 2018), deux démontrent un niveau moyen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Tekindal et al., 2012), tandis que la dernière démontre un niveau bas (Niasar et al., 2013). Trois études démontrent un niveau d'accomplissement professionnel bas (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013;

Tekindal et al., 2012) et la dernière un niveau élevé (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Aucune étude n'a été réalisée en Amérique du Nord. Les études identifiées proviennent soit d'Europe (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Tekindal et al., 2012) ou d'Asie (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013). La plupart des études incluaient uniquement les infirmières (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012); tandis que l'une d'entre elles a également inclus d'autres professionnels soignants (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Ces études ont souvent recherché la relation entre l'épuisement professionnel et d'autres caractéristiques ou d'autres variables mesurées à l'aide d'outils validés (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012). Toutes ces études sélectionnées démontrent des résultats similaires tels que des niveaux élevés d'épuisement professionnel (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Tekindal et al., 2012) à l'exception d'une étude où un niveau bas d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de satisfaction professionnelle a été remarqué chez les participants (Niasar et al., 2013). Finalement, dans les études décrites et analysées, aucune n'a tenté de mettre en relation le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées. De plus, aucune étude n'a été réalisée spécifiquement chez les infirmières œuvrant auprès des GB dans un contexte culturel canadien.

### **Les stratégies d'adaptation.**

Au total, quatre études qualitatives s'interrogeant sur les stratégies d'adaptation des infirmières œuvrant dans les unités de GB ont été répertoriées entre 1990 et 2011 (Cronin, 2001; Kornhaber & Wilson, 2011; Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). Elles ont en commun le fait d'avoir été réalisées sous forme d'entrevues semi-structurées auprès d'infirmières des centres de GB traitant des enfants et/ou des adultes. Le nombre de participants variant entre cinq (Cronin, 2001) et trente-deux (Nagy, 1999). Des résultats similaires ont été identifiés comme des catégories de stratégies d'adaptation, par exemple, la distanciation des soins et la création d'un support social

entre infirmières, familles ou amis (Cronin, 2001; Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). Les définitions des termes qui correspondent aux stratégies d'adaptation seront précisées plus tard. Deux autres catégories d'adaptation telles que l'engagement de l'infirmière dans les soins avec son patient ainsi que la reconstruction et la définition de son rôle d'infirmière ont également été identifiées (Nagy, 1999). De façon générale, les infirmières sont par ailleurs très satisfaites de l'accomplissement de leur travail (Lewis et al., 1990). Ces auteurs énoncent quelques pistes de solutions telles qu'augmenter les options d'horaire, offrir des moyens pour la formation aux GB et maintenir un bas ratio infirmière/patient (Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). Un autre auteur propose d'autres pistes comme de permettre du temps de repos pour échanger ou encore réaliser des sessions régulières de débriefing (Cronin, 2001). Ce même auteur suggère également d'offrir des formations aux nouvelles recrues et aux infirmières d'expérience pour éviter les départs, prévenir des émotions traumatisantes, diminuer les taux de maladies, d'absentéisme et de dépression (Cronin, 2001). Les résultats de l'étude la plus récente se questionnant sur les sentiments d'impuissance vécus par les infirmières aux GB, énoncent quatre types de sentiment d'impuissance soit : 1) le sentiment d'être inadéquate, 2) l'appréhension face à l'adaptation de leur patient lors de leur départ, 3) le sentiment de vulnérabilité ainsi que 4) le sentiment de frustration face à leur travail (Kornhaber & Wilson, 2011).

Tel que détaillé dans la revue de littérature présentée dans le prochain chapitre, aucune étude plus récente sur le sujet n'a été retrouvée. Aucune étude ne s'est interrogée sur le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB. Parmi les études répertoriées portant sur les stratégies d'adaptation des infirmières au centre des GB, on retrouve peu de détails au plan méthodologique, hormis le fait qu'elles ont toutes utilisé des devis qualitatifs. Leurs conclusions sont toutefois unanimes, les auteurs précisent qu'ils manquent de recherche sur le sujet en question. La section suivante traitera du cadre de référence de l'étude.

## **Le cadre de référence**

Cette étude s'est inspirée de deux modèles soit le modèle multidimensionnel de l'épuisement professionnel (Maslach, Jackson, & Leiter, 2016) ainsi que le modèle transactionnel du stress et *coping* de Lazarus et Folkman (1984). Globalement, ces deux modèles ont inspiré la création des questionnaires utilisés pour la collecte et l'analyse des données.

Le premier modèle s'intéresse à l'épuisement professionnel face au stress constant dans le cadre du travail auprès de la clientèle. Ce phénomène de l'épuisement professionnel implique trois dimensions soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel. Les deux premières dimensions sont reliées puisque l'épuisement émotionnel entraîne la dépersonnalisation auprès de la clientèle. L'épuisement professionnel entraîne de graves conséquences chez les professionnelles œuvrant auprès de la clientèle (Maslach et al., 2016). C'est le cas des professionnelles de la santé dont les infirmières qui sont d'ailleurs considérées comme étant à risque élevé d'épuisement professionnel. C'est pourquoi il est pertinent d'évaluer dans un premier objectif le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB.

Le second modèle s'intéresse aux stratégies d'adaptation face aux stress qui a inspiré le questionnaire utilisé pour permettre d'identifier, de comprendre et d'analyser les stratégies d'adaptation des infirmières au centre des GB. Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe une relation étroite et circulaire entre la personne et son environnement, ce qui permet une première évaluation cognitive de la situation dite stressante. La stratégie d'adaptation la plus efficace est celle qui changera cette relation entre la personne et son environnement de façon optimale (Lazarus & Folkman, 1984). Les auteurs distinguent trois catégories de stratégies d'adaptation, soit la première centrée sur l'émotion, la seconde centrée sur le problème et finalement la dernière centrée sur le soutien social. Ce sont justement ces trois catégories qui ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire dans le cadre de cette étude.

### **Le projet proposé**

Les infirmières travaillant en unités de soins critiques sont exposées à un contexte de travail pouvant entraîner une détresse psychologique (Forozeiya et al., 2019). L'impact négatif du stress sur les infirmières contribue à l'épuisement professionnel et diminue la qualité des soins (Xu et al., 2019). Il devient donc pertinent d'évaluer, dans un premier temps, le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB et de décrire, dans un second temps, les stratégies d'adaptation utilisées par ces infirmières. Puisque tout porte à croire, comme hypothèse, qu'elles sont épuisées professionnellement et que leurs stratégies d'adaptation pour faire face au stress ne sont pas efficaces. Enfin, dans un troisième temps, il serait intéressant de vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB dans notre contexte de soins québécois. Cette étude descriptive corrélationnelle permettra de mieux comprendre la situation professionnelle des infirmières œuvrant auprès des GB et potentiellement d'identifier des pistes d'interventions visant à soutenir et à prévenir la détresse psychologique des infirmières œuvrant dans ce type de contexte.

### **Les objectifs de recherche.**

1. Évaluer les niveaux des trois dimensions de l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB.
2. Décrire les stratégies d'adaptation utilisées par ces infirmières.
3. Évaluer la relation entre les différentes dimensions de l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières.

## Chapitre 2 : Recension des écrits



Ce chapitre est divisé en quatre sections. Les 2 premières sections concernent la description des brûlures et des patients au centre des GB ainsi que les soins spécifiques au centre des GB. Ces sections permettent d'avoir une meilleure compréhension de l'exercice ainsi que du rôle des infirmières œuvrant auprès des GB. Par la suite, le cadre de référence est approfondi. Finalement, l'analyse des études antérieures est détaillée.

### **Les brûlures et les patients au centre des GB**

Dans cette sous-section de chapitre, la définition d'un GB sera mise en avant. Un bref rappel anatomique de la peau sera abordé, pour ensuite expliquer et mieux comprendre les degrés de profondeur d'une brûlure, les différentes étiologies ainsi que la complexité des circonstances dû à l'incident et le risque élevé de complications.

Premièrement, la peau représente à elle seule le plus grand organe du corps humain. Elle est divisée en trois couches principales. La première couche, l'épiderme, a une fonction de protection contre l'environnement, car elle est constituée de cellules mortes kératinisées, empêchant ainsi la pénétration des bactéries et une perte d'humidité. La deuxième couche, le derme, comprend les vaisseaux sanguins, les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées ainsi que les fibres nerveuses. La troisième couche, l'hypoderme, comprend les muscles lisses, les tissus adipeux et le tissu aréolaire (Echinard & Latarjet, 2011; Urden, Stacy, & Lough, 2014).

À travers ces couches, la peau présente différentes fonctions, notamment celles de protection contre les infections, de thermorégulation, de réservoir sanguin, de perception, de synthèse de la vitamine D et d'excrétion. Une brûlure peut être causée par diverses sources étiologiques provoquant ainsi une lésion tissulaire. On distingue quatre types de brûlures : thermiques (autant par des températures chaudes que froides), électriques, chimiques et par radiation. Le processus

inflammatoire, la sous-réanimation, l'infection, les maladies chroniques, la malnutrition ainsi que les soins prodigués aux plaies sont tous des facteurs pouvant aggraver la brûlure et retarder la guérison (Urden et al., 2014). L'évaluation avec précision du degré de gravité de la brûlure se fait dans les 48 à 72 heures après l'incident (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

### **La classification d'une brûlure.**

La classification des brûlures se fait selon deux critères, soit l'évaluation de l'étendue de la brûlure et sa profondeur. Toutefois, le type de brûlure, l'âge de la victime, ses antécédents médicaux ainsi que la localisation de la brûlure sont aussi des facteurs à considérer dans l'élaboration du plan de soins et du transfert du patient vers une unité spécialisée de GB (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

#### ***L'étendue.***

L'étendue de la brûlure est calculée en fonction de la surface corporelle atteinte. Pour calculer la surface corporelle brûlée, il existe plusieurs échelles de qualité et de précision diverses. Premièrement, une méthode simple et rapide, en plus d'être facile à mémoriser, est la règle des neuf de Wallace (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014). En deuxième lieu nous retrouvons aussi la formule de Berkow qui, quant à elle, est une adaptation de la règle des neuf, mais avec davantage de précision (Urden et al., 2014). Troisièmement, il y a la table de Lund et Browder, qui, de son côté, tient compte de la croissance et du développement de l'enfant (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014). Cette échelle calcule, au fil des années, une diminution de la surface cutanée proportionnelle de la tête de l'enfant (de 19 % à 9 % entre 0 et 15 ans) et une augmentation progressive de celle de ses membres inférieurs et supérieurs. La table de Lund et Browder est l'échelle la plus précise puisqu'elle désigne la surface atteinte (en pourcentage) de chaque partie du corps en fonction de l'âge de l'individu (Urden et al., 2014).

### ***La profondeur.***

L'estimation de la profondeur de la brûlure est obtenue après une anamnèse et un examen clinique du patient. Comme vu précédemment dans la définition de la peau, selon la couche lésée il est possible d'identifier la profondeur de la brûlure et de la classer selon quatre différents degrés.

Une brûlure superficielle du *1<sup>er</sup> degré* signifie que les deux ou trois premières des cinq couches de l'épiderme sont atteintes. La douleur sera le principal symptôme chez le patient et celle-ci restera présente lors des 48 à 72 heures suivant l'atteinte. L'aspect de la peau ayant une brûlure du premier degré sera de couleur rouge. Une guérison spontanée se fera dans les deux à sept jours (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

Une brûlure partielle se divise en deux sous-catégories, soit une brûlure d'épaisseur superficielle et une brûlure d'épaisseur profonde. Dans le cas d'une brûlure du *2<sup>e</sup> degré superficielle*, toutes les couches de l'épiderme et une partie du derme sont atteintes. La peau (ou la brûlure) sera de couleur rouge pâle à vif, aura un aspect marbré avec présence de phlyctènes, blanchira à la pression et sera extrêmement douloureuse, humide et suintante. Une guérison spontanée sera possible entre 7 à 21 jours et pourra laisser des cicatrices (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

Dans l'autre cas, soit une brûlure du *2<sup>e</sup> degré profond*, toutes les couches de l'épiderme et la quasi-totalité du derme sont atteintes. La peau (ou la brûlure) sera de couleur rouge avec des plaques blanches par endroit. Il n'y aura pas présence de phlyctènes (distinction avec la brûlure du 2<sup>e</sup> degré superficielle), mais elle blanchira à la pression lors du test du retour capillaire. La guérison est plus longue et rarement spontanée, car elle requiert souvent l'excision chirurgicale et une greffe de peau. Ce processus de cicatrisation par épithélialisation peut prendre jusqu'à 6 semaines (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

Lors d'une brûlure profonde du *3<sup>e</sup> degré*, toutes les couches de la peau, y compris les tissus sous-cutanés, sont détruites. La peau sera sèche, de couleur blanc pâle ou carbonisée, pouvant

avoir l'aspect du cuir en plus d'être indolore. Une chirurgie sera nécessaire ainsi qu'une greffe de peau, car ce type de brûlure ne peut guérir spontanément. Les conséquences de cette brûlure rendent le GB vulnérable à l'infection, au déséquilibre hydroélectrolytique, à l'hypothermie et aux perturbations métaboliques (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

En plus de l'évaluation de l'étendue et de la profondeur, il faut tenir compte de la localisation de la brûlure puisque selon les critères de *L'American College of Surgeons (2007)*, les brûlures touchant le visage, les extrémités, soit les mains et les pieds, les organes génitaux ainsi que le périnée et les principales articulations doivent être traités dans un centre spécialisé (Urden et al., 2014).

### **Le choc des patients GB.**

La brûlure aura un impact multisystémique pour le patient. En effet, les 24 à 36 premières heures sont déterminantes pour le pronostic vital du patient GB. Son suivi et sa surveillance sont cruciaux. Dans la phase de réanimation et de stabilisation, l'histoire de santé et les circonstances associées sont primordiales dans la prise en charge. L'atteinte des voies respiratoires due à l'inhalation de fumée ou de gaz peut altérer l'oxygénothérapie (Urden et al., 2014).

La fonction respiratoire peut être restreinte lors d'une brûlure circonférentielle au niveau du thorax, nécessitant alors d'effectuer rapidement des incisions de décharge, telles que des escarrotomies, afin d'améliorer la compliance pulmonaire et la ventilation (Urden et al., 2014).

La fonction hémodynamique sera altérée de façon plus ou moins importante selon l'étendue et la profondeur de la brûlure puisque le choc consécutif aux brûlures est causé par la fuite de liquide du compartiment vasculaire vers l'espace interstitiel de la peau de la région lésée, ce qui entraîne une hypovolémie sévère. La réanimation liquidienne est primordiale pour éviter ce choc hypovolémique. La méthode la plus utilisée est la loi de Packland (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014). Cette réanimation liquidienne précoce de la fonction rénale prévient des

complications telles que la néphropathie aiguë (le calcul du débit urinaire adéquat est important, soit de 0,5 à 1 ml/kg/h chez l'adulte et de 1 ml/kg/h chez l'enfant), le choc cardiovasculaire, voire même le décès (Echinard & Latarjet, 2011; Urden et al., 2014).

La fonction gastro-intestinale sera également altérée. Le choc de la brûlure entraîne une dilatation gastrique conduisant à un iléus paralytique causé par les effets de l'hypovolémie, de la réponse neurologique et endocrinienne de la brûlure. L'installation d'une sonde gastrique sera alors nécessaire afin d'éviter la distension abdominale, les vomissements et le risque d'aspiration. L'administration en prophylaxie de protecteur de la muqueuse gastrique devra aussi être instaurée, car le GB est à risque d'ulcère gastrique. L'alimentation entérale établie dans les 6 heures suivant la brûlure est également instaurée pour protéger l'intégrité de la muqueuse gastrique et ainsi améliorer la mobilité gastrique et le débit sanguin intestinal chez le GB (Urden et al., 2014).

La surveillance des signes neurovasculaires est primordiale. L'œdème engendré par le choc de la brûlure ou encore par les brûlures circonférentielles entraîne l'atteinte neurovasculaire des extrémités. En phase aiguë, l'évaluation des signes de bonne perfusion périphérique, tels que le pouls, la couleur et la chaleur de la peau, le retour capillaire et la sensibilité, est importante, car dans le cas d'altération il faudra rapidement procéder à des escarrotomies (Urden et al., 2014).

Les analyses de laboratoire initiales devront être faites. En plus des tests de dépistage d'alcool et de drogue, ces analyses comprennent une formule sanguine complète, un bilan électrolytique, une azotémie, une analyse de la fonction rénale, soit une créatininémie et une analyse urinaire, une gazométrie et finalement, dans le cas de lésion d'inhalation, une HbCO. Dans le cas d'une brûlure électrique, un électrocardiogramme de 12 dérivations est primordial. Ce test est également essentiel à l'admission de tout GB pour détecter une cardiopathie préexistante (Urden et al., 2014).

L'évaluation des brûlures est l'étape première et primordiale sans oublier la prévention de l'hypothermie, l'administration de traitement prophylactique et la vaccination antitétanique (Urden et al., 2014). Étant donné le long séjour du GB en service spécialisé, les soins des plaies seront l'une des tâches cruciales lors de son processus de guérison après sa phase de réanimation. Les soins des plaies sont réalisés par les infirmières du centre des GB à l'aide de pansements secs et stériles, mais ne sont que secondaires dans la prise en charge initiale du GB.

D'autres risques plus spécifiques comme des lésions par inhalation peuvent survenir. Citons les intoxications au monoxyde de carbone (CO) ou les lésions des voies respiratoires supérieures et inférieures. Cette lésion d'inhalation prédispose le GB à la pneumonie et au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Le calcul de réanimation liquidienne devra être ajusté à la hausse dans les cas d'une lésion par inhalation (Urden et al., 2014).

Que ce soit en phase de réanimation, en phase aiguë ou en phase de réadaptation, les brûlures font encore l'objet de nombreuses études. C'est pourquoi il est important d'orienter les patients GB vers des professionnels spécialisés dans le domaine des brûlures, afin d'obtenir des soins spécifiques et optimaux. Les soins spécifiques aux GB, selon les diverses phases, seront vus en détail dans la section suivante de ce chapitre.

### **Les soins spécifiques au centre des GB**

Dans cette -section de chapitre, les soins spécifiques relatifs au centre des GB seront décrits afin d'avoir un regard réflexif sur l'environnement et sur le contexte de travail des infirmières au centre des GB. Dans un premier temps, nous verrons les diverses phases que traversera un GB, soit la *phase de réanimation*, la *phase aiguë* ainsi que la *phase de réadaptation*.

L'infirmière sera présente tout au long du processus, soit du jour 0 de l'accident/incident jusqu'à sa sortie et retour du GB à son domicile. Les conséquences d'une brûlure sont multiples et les traitements périlleux tant sur le plan physique (excision, lambeau, pansement, cicatrisation, hypertrophie de la peau, vêtement compressif, etc.), esthétique (dyschromies, cicatrices, greffes, etc.) que psychologique (image de soi du GB, le GB dans la société, la douleur de revenir dans un milieu de soin, etc.).

#### **La phase de réanimation des patients au GB.**

La phase de réanimation débute par la réponse initiale de la brûlure jusqu'au rétablissement de l'intégrité capillaire et la réplétion du volume plasmatique par la réanimation liquidienne. L'infirmière devra surveiller et préserver les fonctions vitales en évaluant les paramètres vitaux, l'oxygénation et les échanges gazeux à l'aide de gazométrie ainsi que la compliance respiratoire pour protéger les voies respiratoires. Elle assurera également la réanimation liquidienne en surveillant la diurèse du GB et préviendra les déséquilibres hydroélectrolytiques tels que l'hyperkaliémie, l'hypokaliémie et l'hyponatrémie en interprétant les résultats de laboratoire. L'infirmière devra aussi prévenir les infections, un véritable défi, les mesures de précaution d'infections doivent être rigoureusement respectées. Elle devra maintenir la perfusion tissulaire en évaluant la perfusion rénale, cérébrale, périphérique et gastro-intestinale. Elle recourra à des techniques invasives de monitoring et maintiendra la normothermie pour éviter l'hypothermie du GB. La reprise spontanée de la diurèse sera l'indicateur que les capillaires

ont retrouvé leur intégrité et donc que la phase de réanimation est terminée et fait place à la phase aiguë (Urden *et al.*, 2014).

### **La phase aiguë des patients GB.**

Lors de la phase aiguë, il faut principalement favoriser la guérison des plaies ainsi que la prévention des infections. L'infirmière devra constamment évaluer et traiter la brûlure. Elle devra donc reconnaître les diverses phases de cicatrisation d'une plaie telles que : la phase inflammatoire, la phase de prolifération et la phase de maturation. L'infirmière devra reconnaître les facteurs influençant la guérison d'une brûlure, nettoyer et soigner les plaies. Elle devra appliquer l'antibiothérapie topique, débrider les plaies, soit de façon mécanique ou enzymatique, et traiter les diverses greffes que le GB devra subir dans sa phase aiguë afin de fermer ses plaies. Dans cet environnement de travail, l'infirmière du centre des GB a un rôle primordial dans l'évaluation et le soulagement constant de la douleur qui est omniprésente lors de toutes les phases de guérison d'un GB. La guérison des plaies sera fortement favorisée en palliant au déficit nutritionnel du GB. C'est la fermeture des plaies qui déterminera la fin de cette phase et le début de la prochaine, soit la phase de réadaptation du GB (Urden *et al.*, 2014).

### **La phase de réadaptation des patients GB.**

La principale priorité de cette phase est de pallier aux limitations physiques et psychologiques qui dureront quelques années. Malgré la fermeture de toutes les plaies, les autres défis seront de prévenir et d'atténuer les cicatrices ainsi que leurs complications et de pallier au soulagement de la douleur, qui sera encore une fois omniprésente même en phase de réadaptation. Effectivement, durant cette phase, beaucoup de GB rapportent avoir présenté des démangeaisons importantes, des fourmillements et des paresthésies tout aussi considérables que la lésion initiale (Urden *et al.*, 2014).



L'environnement de travail des infirmières œuvrant auprès des GB est complexe, intense en émotion ainsi qu'en charge de travail (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017) et ce, peu importe la phase dans laquelle le GB se trouve. Ce travail ne peut être optimal que s'il est fait en collaboration interdisciplinaire (Al-Mousaw, Mecott-Rivera, Jeschke, & Herndon, 2009). Tous les membres de l'équipe de soins doivent unir leurs efforts pour répondre aux besoins du GB et de ses proches (Urden et al., 2014). De toute évidence, le travail des infirmières œuvrant auprès de GB demande des habiletés de soins surspécialisés. En effet, le fait de travailler avec des équipements technologiques spécialisés demande des compétences et connaissances spécifiques dans la surveillance continue des soins au GB de la phase de réanimation à la phase de réadaptation (Urden et al., 2014). La section suivante de ce chapitre portera sur le cadre de référence en lien avec l'étude.

### **Le cadre de référence**

Le cadre de référence de cette étude s'inspire de deux modèles, soit sur celui de l'épuisement professionnel de Maslach et sur celui des stratégies d'adaptation de Lazarus et Folkman. Ces deux modèles se retrouvent liés puisque l'épuisement professionnel survient lorsque les stratégies d'adaptation utilisées sont inefficaces face au stress (Munroe & Brunette, 2001).

Dans un premier temps, la présentation du modèle de l'épuisement professionnel (Maslach et al., 2016) est décrite afin de comprendre la première base théorique de la recherche. L'épuisement professionnel survient chez les professionnelles travaillant auprès de la clientèle. Selon ces auteurs, le stress vécu intensément et quotidiennement lorsque l'on travaille auprès de la clientèle contribue à l'épuisement professionnel (Maslach et al., 2016). Lorsque l'on souffre d'épuisement professionnel, trois dimensions sont impliquées soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel. Premièrement, l'épuisement émotionnel se caractérise par le fait que la personne n'est plus capable de s'investir d'un point de vue psychologique. Elle souffre d'une extrême fatigue émotionnelle pour laquelle elle ne trouve pas de solution. Quant à la dépersonnalisation, elle se caractérise par le sentiment négatif de déshumanisation envers les gens. C'est une perception que les autres sont la cause de nos problèmes. La dépersonnalisation survient suite à un épuisement émotionnel. Ces deux premières dimensions sont donc en lien (Maslach et al., 2016). Finalement la troisième dimension, soit l'accomplissement professionnel, se caractérise par le fait que la personne s'auto-évalue positivement, se sent heureuse et accomplie dans son travail et ressent de la satisfaction face à ses accomplissements professionnels (Maslach et al., 2016). Ce modèle a servi de base au questionnaire qui sera utilisé dans l'évaluation de l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB.

Cette étude est basé également sur un second modèle soit celui des stratégies d'adaptation (Lazarus & Folkman, 1984) qui sera décrit dans les lignes suivantes. Pour certains

auteurs, les stratégies d'adaptation sont la réponse relativement stable de la personne face à diverses situations (Billing & Moos, 1981). La réponse est principalement déterminée par les caractéristiques cognitives et conatives de la personne (Billing & Moos, 1981). D'autres auteurs affirment que les stratégies d'adaptation sont principalement déterminées par les caractéristiques de la situation (McCrae, 1984). Les infirmières au centre des GB œuvrent dans un environnement exigeant, auprès de patients souffrants ce qui demande de s'adapter continuellement à de nombreuses situations stressantes. Il paraît intéressant d'adopter une perspective qui tient compte de l'influence des environnements sur l'adaptation tels que décrit par Lazarus et Folkman (1984). Afin de bien comprendre le concept de *coping*, soit des stratégies d'adaptation comme décrit par Lazarus et Folkman en 1984, il est primordial, dans un premier temps, de définir certains termes.

Selon Lazarus et Folkman (1984), la théorie d'adaptation face au stress favorise l'utilisation des stratégies d'adaptation permettant de faire face à la situation qui est difficile à gérer et ainsi diminue les effets négatifs du stress. Le stress, dans cette théorie, implique que la personne perçoit un écart entre les demandes liées à la situation et les ressources qu'elle possède, alors que les stratégies d'adaptation sont les moyens utilisés afin de réduire cet écart perçu par la personne.

Les interactions entre la personne et son environnement génèrent une première évaluation cognitive de la situation dite stressante. La personne est alors influencée par des déterminants personnels cognitifs et conatifs tels que : ses valeurs, ses croyances, ses motivations, sa perception et sa façon de penser (Figure 1). L'environnement, quant à lui, sera influencé par des déterminants environnementaux et situationnels tels que la prédiction et l'interprétation de la situation. En effet, la perception de la situation sera différente si la situation a déjà été vécue ou non, si elle est prédite, incertaine ou encore imminente. Les auteurs du modèle indiquent également que le temps exerce aussi une influence, par exemple si la durée est longue, courte ou encore incertaine. La maîtrise de l'environnement parfois difficile amènera la personne

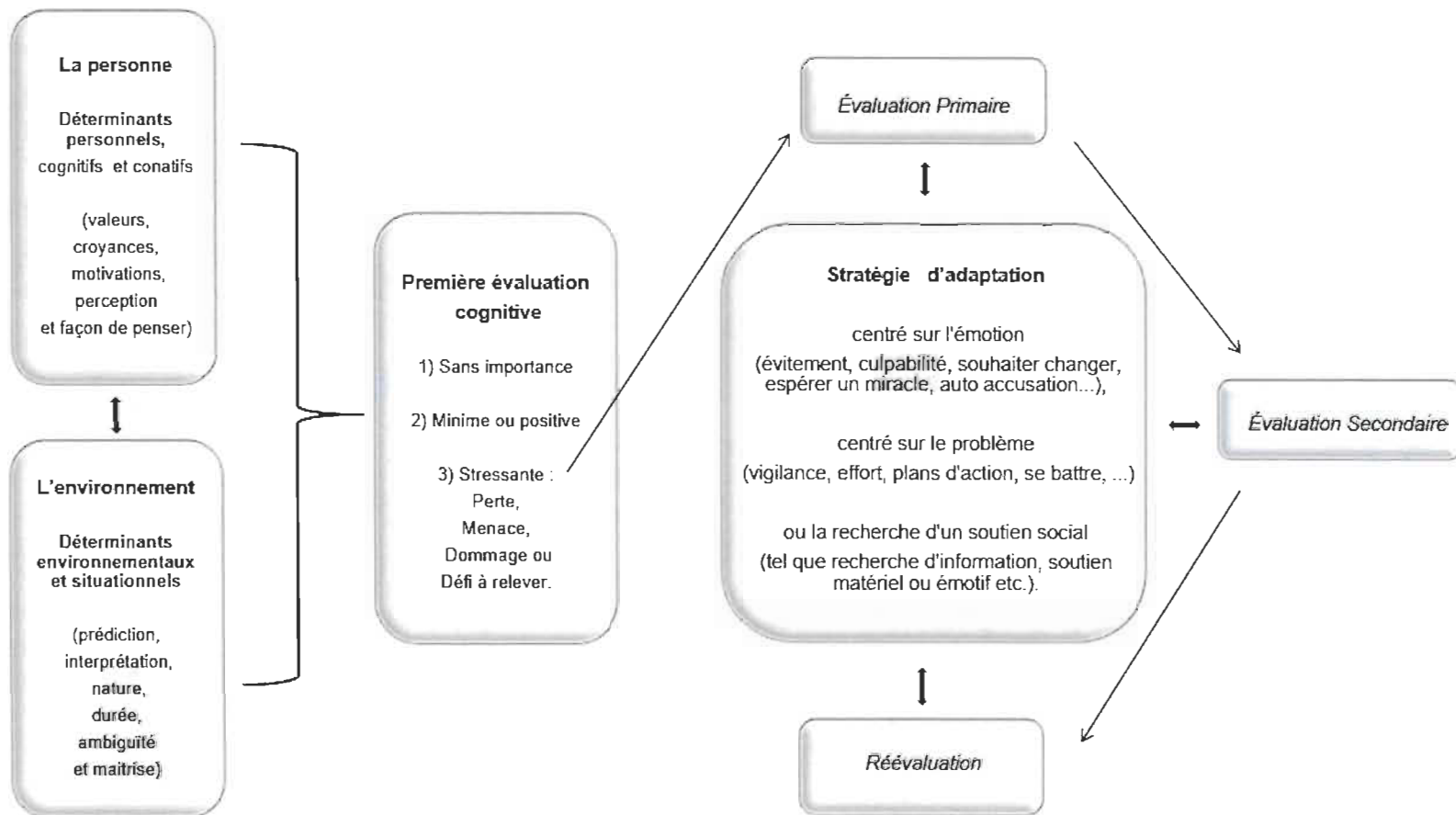


Figure 1. Schématisation de la théorie des stratégies d'adaptation par Bruchon-Schweitzer (2001) — adaptation par Isabelle Moreira Purificação (2017).

à tolérer, accepter, rejeter ou banaliser la situation. La stratégie d'adaptation la plus efficace est celle qui améliorera la relation entre la personne et son environnement (Lazarus & Folkman, 1984). La personne est donc en relation circulaire et dynamique avec son environnement. Cette relation circulaire et dynamique permet une première évaluation cognitive pour ainsi faire émerger des stratégies d'adaptation vis-à-vis la situation.

Tel que présenté à la figure 1, il existe trois conséquences possibles à l'évaluation cognitive. La première, la personne perçoit la situation comme sans importance, donc il n'y a aucune implication sur son bien-être. La deuxième, la personne perçoit la situation peu significative ou positive, donc elle est en lien avec le plaisir, les émotions de joie, de bonheur et de paix. La troisième est lorsque la personne évalue sa situation comme étant menaçante, ce qui peut entraîner une perte ou un dommage chez elle. À l'opposé, la situation peut être perçue chez la personne comme un défi en référence avec la possibilité de maîtriser ou d'obtenir quelque chose.

Face à cette troisième conséquence possible, soit une situation dite stressante (menaçante), la personne s'engagera dans une réflexion en trois temps. La figure 1 présente une première évaluation cognitive de la situation (personne-environnement) dite *évaluation primaire* (l'événement risque-t-il d'atteindre mon intégrité ?). Cette évaluation primaire suscitera l'utilisation de diverses stratégies d'adaptation. Ensuite, la personne fera une seconde évaluation cognitive de la situation dite *évaluation secondaire* (qu'est-ce qui risque de m'aider à résoudre la situation ?). Cette seconde évaluation générera également l'utilisation de stratégies d'adaptation. Et finalement, il y aura une troisième évaluation dite *réévaluation* (la situation est-elle résolue ou dois-je essayer autre chose ?). Ces trois temps d'évaluation cognitive génèrent des émotions qui sont déterminantes face aux choix des stratégies d'adaptation. Ces évaluations sont circulaires et font partie du processus d'adaptation qui sera utilisé comme trame d'analyse de l'exploration des stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières au centre des GB.

Il est important de préciser que selon les auteurs, les stratégies d'adaptation utilisées dépendent de la relation entre la personne et son environnement. Ce processus génère des moyens face à un stress, soit des stratégies d'adaptation. La définition d'une stratégie d'adaptation par Lazarus et Folkman (1984) est le constant changement cognitif et l'effort comportemental pour gérer des demandes internes et externes qui sont évaluées ou perçues par la personne comme étant des demandes excédant ses capacités. De plus, Lazarus et Folkman (1984) catégorisent trois formes de stratégies d'adaptation : celles centrées sur les émotions (exemples : évitement, culpabilité, souhaiter de changer, espérer un miracle, auto-accusation), celles centrées sur le problème (exemples : vigilance, effort, plan d'action, se battre) et en dernier lieu les stratégies centrées sur la recherche d'un support social (exemples : recherche d'information, soutien matériel ou émotif) (Figure 1). Ces trois formes de stratégies d'adaptation peuvent être utilisées simultanément. Par exemple, il peut y avoir une dominance des stratégies centrées sur l'émotion lorsque la personne perçoit qu'elle n'a pas de contrôle, alors qu'il y aura dominance des stratégies centrées sur le problème lorsqu'il y a un certain contrôle perçu. Donc, la personne identifie et utilise des moyens avec lesquels elle croit pouvoir être capable de résoudre la situation menaçante.

Ce modèle servira à identifier les types de stratégies d'adaptation que les infirmières des GB utilisent pour s'adapter à l'environnement stressant de leur travail. Quelques chercheurs se sont déjà intéressés à la question et les études antérieures seront discutées dans la section suivante.

## **L'analyse des études antérieures**

Dans ce segment de chapitre, une revue et une analyse des études antérieures seront présentées sur les deux thèmes de cette étude, soit l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation chez les infirmières œuvrant auprès des GB.

### **L'épuisement professionnel.**

Le premier concept de cette étude est l'épuisement professionnel, défini par certains auteurs comme étant la cause de l'incapacité de s'adapter au stress émotionnel relié au travail (Pines & Maslach, 1978) et défini par d'autres auteurs comme étant la principale cause de l'inadaptation à un stress chronique (Lourel, Gueguen, & Mouda, 2007). L'épuisement professionnel comporte trois dimensions, la première étant l'épuisement émotionnel, c'est-à-dire le sentiment d'être vidé et de subir émotionnellement le travail (Lourel et al., 2007). La deuxième est la dépersonnalisation ou déshumanisation, c'est-à-dire la prise de distance affective du salarié vis-à-vis des personnes dont il a la responsabilité. C'est dans cette dimension qu'il y a développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives et cyniques envers les personnes dont les professionnels de la santé s'occupent (Lourel et al., 2007). Afin d'alléger le texte, le terme dépersonnalisation a été privilégié. La dernière est l'accomplissement personnel au travail, c'est-à-dire l'engagement et la motivation profonde du salarié à l'égard de son travail.

Parmi les études répertoriées, nous n'avons identifié aucune étude spécifique portant sur l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB. Toutefois, l'épuisement professionnel a été largement étudié au cours des dernières années auprès des professionnels de la santé et principalement ceux œuvrant en unité de soins critiques où le contexte est considéré comme stressant (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Deux principes ont guidé la sélection des études, les unités accueillant les GB sont considérées comme étant des unités de soins spécialisés où les patients sont en phase aiguë, des études réalisées auprès des professionnels œuvrant dans les unités de soins intensifs ont donc été retenues. De plus, les études utilisant le

*Maslach Burnout Inventory* (MBI), questionnaire d'évaluation du niveau de l'épuisement professionnel, ont été retenues. Une recherche sur les bases de données *CINAHL*, *Medline* et *PsycINFO* a été réalisée pour les articles publiés entre les années 2012 et 2019. Cette recherche a permis de répertorier quatre études descriptives corrélationnelles.

Une première étude descriptive corrélationnelle a été réalisée en Turquie auprès de 225 infirmières travaillant dans des services de médecine interne, de soins critiques et de chirurgie d'un centre hospitalier universitaire (Tekindal et al., 2012). Le but était de déterminer le niveau d'épuisement professionnel des infirmières dans ces trois services avec le questionnaire MBI. La relation avec d'autres variables, telles que les caractéristiques des infirmières, a également été explorée. Les auteurs décrivent l'échelle MBI sans toutefois donner des précisions sur le pointage utilisé à l'aide d'une échelle de Likert, ni sur les barèmes d'interprétation utilisés afin de déterminer les niveaux d'épuisement (bas, moyen ou élevé). Des analyses statistiques descriptives simples ainsi que d'autres analyses telles que des Wilcoxon, des tests d'ANOVA, de Kurskal-Wallis, ou encore de Mann-Whitney ont été effectuées pour l'analyse des caractéristiques secondaires. Les résultats démontrent que presque la moitié des participants, soit 44,4 %, se retrouvait dans la tranche d'âge de 23-28 ans et 55,1 % étaient mariés. Plus des deux tiers, soit 68 %, avaient obtenu leur diplôme depuis quatre ans. Les résultats au MBI pour chaque dimension de l'épuisement professionnel sont : une moyenne de  $27,16 \pm 6,27$  pour l'épuisement émotionnel, un niveau jugé élevé par les auteurs. Ensuite, on retrouve une moyenne de  $9,28 \pm 3,11$  pour la seconde dimension, soit la dépersonnalisation, ce qui est jugé comme un niveau moyen. Finalement, les participants ont obtenu comme résultat pour l'accomplissement professionnel une moyenne de  $29,35 \pm 4,15$  considéré bas par les auteurs (Tekindal et al., 2012).

Une deuxième étude de type descriptive corrélationnelle a été réalisée en Iran auprès de 87 infirmières œuvrant en salle d'opération dans des hôpitaux universitaires (Niasar et al., 2013). Le but était de déterminer une éventuelle association entre l'épuisement professionnel en utilisant le MBI et les caractéristiques sociodémographiques des participantes. Des analyses statistiques



descriptives simples ainsi que des tests de chi-carré ou de T, en plus, du test de corrélation de Pearson ont été effectués. Les résultats ont été calculés avec une échelle de Likert variant entre 0 (jamais) et 6 (chaque jour). Les trois dimensions de l'épuisement professionnel ont été calculées selon trois niveaux de l'échelle suivante : premièrement, l'épuisement émotionnel était considéré élevé si le score obtenu par les infirmières était plus grand que 30, moyen avec un score entre 18 et 29 et bas avec un score moins que 17. Deuxièmement le score de la dépersonnalisation était considéré élevé avec un score plus grand que 12, moyen avec un score entre 6 et 11 et bas avec un score inférieur à 5. Et finalement, le niveau d'accomplissement professionnel était jugé bas lorsque le score obtenu était inférieur à 33, jugé moyen avec un score entre 34 et 39 et finalement jugé élevé avec un score supérieur à 40. Selon les auteurs, l'échantillon de 87 infirmières est représentatif de l'ensemble des infirmières éligibles qui était de 110 infirmières. L'échantillon comptait 52 femmes (59,8 %) et la moyenne d'âge était de  $33,8 \pm 7,7$  ans. La majorité des participants, soit 75,8 %, étaient mariés alors que 22,9 % étaient célibataires et les autres étaient divorcés. La majorité des participants, soit 49,4 % avaient un niveau de scolarité non universitaire ; 47,1 % un baccalauréat et 3,4 % une maîtrise. Les résultats révèlent que la majorité des participants (96,5 %) ont un niveau bas d'épuisement émotionnel et 3,5 % d'entre eux présentent un niveau moyen. Par rapport à la dépersonnalisation, la plupart des participants (89,3 %) ont un niveau bas et 10,7 % d'entre eux ont un niveau moyen. Et tous les participants (100 %) ont un niveau bas d'accomplissement professionnel. Ce résultat est expliqué par les auteurs du fait que les infirmières manquent beaucoup de valorisation ainsi que de respect à l'égard de leur travail. Sans oublier le manque d'implication donné aux infirmières au sein de l'équipe soignante lors de prises de décisions.

Une troisième étude de type descriptive corrélationnelle a été réalisée en Espagne auprès de 52 professionnels de la santé principalement des infirmières œuvrant en unité de soins critiques (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Le but de cette étude était de connaître, chez les professionnels de la santé, la relation entre la résilience, la perception de la santé et l'épuisement

professionnel mesurés avec le questionnaire MBI. Des analyses statistiques descriptives simples ainsi que des tests de Mann-Whitney et des tests de corrélation de Pearson ont été effectués. Les résultats ont été calculés avec une échelle de Likert variant entre 0 (jamais) et 6 (chaque jour). Les auteurs ont calculé les scores pour chacune des dimensions de l'épuisement professionnel pour ensuite les classer selon trois niveaux (bas, moyen et élevé). L'épuisement émotionnel était considéré élevé avec un score supérieur ou égal à 27, moyen avec un score entre 17 et 26 et bas avec un score inférieur ou égal à 16. Même chose pour la dépersonnalisation qui était considérée élevée avec un score supérieur ou égal à 13, moyenne avec un score entre 7 et 12 et basse avec un score inférieur ou égal à 6. Finalement, la dernière dimension de l'épuisement professionnel, soit l'accomplissement professionnel, était considérée basse avec un score inférieur ou égal à 31, moyenne avec un score entre 32 et 38, puis élevée avec un score supérieur ou égal à 39. Au niveau des résultats, on constate que 58 % des participantes étaient des infirmières, 27 % étaient des infirmières assistantes et 15 % des médecins. La majorité de l'échantillon était composée de femmes (79 %). Les participants se situaient dans la tranche d'âge de 23 à 50 ans (médiane = 37 ans). La tranche d'années d'expérience en soins critiques était de 1 an à 31 ans (médiane = 15 ans). L'épuisement émotionnel ( $19,8 \pm 9,16$ ) et la dépersonnalisation ( $10,8 \pm 3,67$ ) ont obtenu un niveau moyen, alors que le niveau d'accomplissement professionnel ( $38,7 \pm 6,13$ ) était élevé (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Une quatrième étude de type descriptive corrélationnelle réalisée en Corée du Sud, avait pour but d'examiner l'association entre l'épuisement émotionnel, évalué par le MBI, des caractéristiques sociodémographiques et les facteurs psychologiques des infirmières de diverses unités de soins critiques (Choi et al., 2018). Les autres dimensions de l'épuisement professionnel ont également été évaluées par ces auteurs, mais aucune conclusion ou association n'ont été faites avec ces autres dimensions soit la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel. Des analyses statistiques telles que de types comparatifs de variables indépendantes de T-test et aussi des régressions linéaires afin d'évaluer les facteurs en relation avec l'épuisement

émotionnel ont été effectuées. Au total, 386 infirmières et assistantes infirmières ont répondu au questionnaire. La majorité, soit 96,6 %, était des femmes et la moyenne d'âge de l'échantillon était de  $30,1 \pm 7,3$  ans. Afin de présenter les résultats à partir du questionnaire MBI, des moyennes et des écarts-types ont été calculés pour chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel, soit une moyenne de  $24,90 \pm 6,07$  pour l'épuisement émotionnel, une moyenne de  $13,22 \pm 4,61$  pour la dépersonnalisation et une moyenne de  $28,81 \pm 5,44$  pour l'accomplissement professionnel. Par la suite, les corrélations ont été calculées avec une seule des trois dimensions de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel. Les résultats démontrent une corrélation positive significative entre le niveau d'épuisement émotionnel et la dépression ( $r = 0,53$  ;  $p < 0,01$ ), l'anxiété ( $r = 0,49$  ;  $p < 0,01$ ), les expériences traumatiques ( $r = 0,40$  ;  $p < 0,01$ ), la perception de stress ( $r = 0,49$  ;  $p < 0,01$ ) et le soutien social ( $r = 0,18$  ;  $p < 0,05$ ) (Choi et al., 2018). Les auteurs en concluent que des symptômes dépressifs peuvent prédire un épuisement émotionnel (Choi et al., 2018). De plus, l'anxiété, le stress et les expériences traumatiques favorisent l'épuisement émotionnel (Choi et al., 2018).

Toutes ces études ont utilisé le questionnaire MBI. Le Tableau 1 résume les résultats de ses quatre études. Dans la présentation des résultats, la distinction de deux tendances en ressort. Globalement, deux études utilisent des niveaux (bas, moyen, élevé) (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Niasar et al., 2013), mais chacune a utilisé une échelle légèrement différente pour qualifier les niveaux (bas, moyen, élevé) des dimensions de l'épuisement professionnel. Par ailleurs, lorsque l'on compare les résultats obtenus dans ces deux études, on remarque que les résultats de la première étude révèlent que 96,5 % des infirmières œuvrant en soins critiques ont un niveau bas d'épuisement émotionnel, 89,3 % ont un niveau bas de dépersonnalisation et que 100 % des participants ont un niveau bas d'accomplissement professionnel (Niasar et al., 2013). Toutefois dans la seconde étude, les résultats révèlent que les infirmières œuvrant en soins critiques ont un niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation jugé moyen, alors que le niveau d'accomplissement professionnel était élevé (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Tableau 1  
Résumé des études ayant utilisé le questionnaire MBI

Auteurs (année) Pays	Taille d'échantillon (n)	Population/Unités ou services	Unités de mesure	Résultats	
				Score Moyenne ± écart-type	Barèmes d'interprétation
Tekindal et al. (2012) Turquie	225	Infirmières en médecine interne, soins intensifs et chirurgie d'un centre hospitalier universitaire	—	<b>EE</b> : 27,16 ± 6,27 <b>D</b> : 9,28 ± 3,11 <b>AP</b> : 29,35 ± 4,15	—
Choi et al. (2018) Corée du Sud	386	Infirmières en soins intensifs	—	<b>EE</b> : 24,90 ± 6,07 <b>D</b> : 13,22 ± 4,61 <b>AP</b> : 28,81 ± 5,44	—
Niasar et al. (2013) Iran	87	Infirmières en salle d'opération d'un hôpital universitaire	Likert 0 à 6	—	<b>EE</b> : Élevé > 30 (0 %); Moyen 18 et 29 ( <b>3,5 %</b> ); Bas < 17 ( <b>96,5 %</b> ) <b>D</b> : Élevé > 12 (0 %); Moyen 6 et 11 ( <b>10,7 %</b> ); Bas < 5 ( <b>89,3 %</b> ) <b>AP</b> : Élevé > 40 (0 %); Moyen 34 et 39 0 %); Bas < 33 ( <b>100 %</b> )
Arrogante et Aparicio- Zaldivar (2017) Espagne	52	Professionnel de la santé principalement des infirmières en soins intensifs	Likert 0 à 6	<b>EE</b> : 19,8 ± 9,16 <b>D</b> : 10,8 ± 3,67 <b>AP</b> : 38,7 ± 6,13	<b>EE</b> : Élevé > 27; <b>Moyen 17 et 26</b> ; Bas < 16 <b>D</b> : Élevé > 13; <b>Moyen 7 et 12</b> ; Bas < 6 <b>AP</b> : <b>Élevé &gt; 39</b> ; Moyen 32 et 38; Bas < 31

Note : EE : Épuisement émotionnel, D : Dépersonnalisation, AP : Accomplissement professionnel.

Parmi ces deux études, seul l'étude la plus récente précise également ses résultats dans un tableau en moyenne et écart-type (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Deux autres études présentent leurs résultats au questionnaire MBI par des moyennes et des écarts-types pour chacune des trois dimensions de l'épuisement professionnel (Choi et al., 2018; Tekindal et al., 2012). Au regard du Tableau 1, les participants obtiennent des résultats relativement semblables pour chaque dimension de l'épuisement professionnel.

En résumé, si on se fie au barème d'interprétation de l'étude (Élevé > 27; Moyen 17 et 26; Bas < 16 (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017)), une étude démontre un niveau d'épuisement émotionnel élevé ( $27,16 \pm 6,27$ ) (Tekindal et al., 2012). Deux études démontrent un niveau d'épuisement émotionnel moyen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018) respectivement  $19,8 \pm 9,16$  et  $24,90 \pm 6,07$ , et la dernière un niveau bas pour la majorité des répondants (96,5 %) selon son propre barème d'interprétation (< 17) (Niasar et al., 2013). Toujours selon le même barème d'interprétation de l'étude (Élevé > 13; Moyen 7 et 12; Bas < 6 (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017)), une étude démontre un niveau de dépersonnalisation élevé ( $13,22 \pm 4,61$ ) (Choi et al., 2018), deux études démontrent un niveau de dépersonnalisation moyen (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Tekindal et al., 2012) respectivement  $10,8 \pm 3,67$  et  $9,28 \pm 3,11$ . Puis la dernière étude relève un niveau bas pour la majorité des répondants (89,3 %) selon son propre barème d'interprétation (< 5) (Niasar et al., 2013). Trois études démontrent un niveau d'accomplissement professionnel bas respectivement  $28,81 \pm 5,44$ ; Bas < 33 à 100 % de ces répondants et  $29,35 \pm 4,15$  (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012) et ce même avec les deux barèmes d'interprétation (Élevé > 39; Moyen 32 et 38; Bas < 31 (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017) et Élevé > 40; Moyen 34 et 39; Bas < 33 (Niasar et al., 2013)). Finalement, la dernière étude a un niveau élevé > 39 ( $38,7 \pm 6,13$ ) (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Aucune étude n'a été réalisée en Amérique du Nord. Les études identifiées proviennent soit d'Europe (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Tekindal et al., 2012) ou d'Asie (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013). La première a été réalisée en Turquie (Tekindal et al., 2012), la deuxième en Iran (Niasar et al., 2013), la troisième en Espagne (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017) et la quatrième en Corée du Sud (Choi et al., 2018). La plupart des études incluaient uniquement les infirmières (Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012); tandis qu'une a également inclus d'autres professionnels soignants (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017).

Toutes ces études sélectionnées démontrent des résultats similaires tels que des niveaux moyens à élevés d'épuisement professionnel (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Tekindal et al., 2012) à l'exception d'une étude où un niveau bas d'épuisements émotionnels, de dépersonnalisations et d'accomplissements professionnels a été remarqué chez la majorité de ces participants (Niasar et al., 2013). Selon ces derniers auteurs, ce niveau bas d'accomplissements professionnels est en lien avec un manque de confiance, de satisfaction ainsi que de respect dans leur travail vécu par les infirmières. De plus, les infirmières vivent un manque de considération et de participation dans les décisions de leur unité. Dans certaines études, peu de détails ont été mentionnés sur les calculs faits avec les résultats au questionnaire MBI tels que l'omission de préciser les niveaux bas, moyen et élevé (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Niasar et al., 2013) ainsi que le type d'échelle de Likert (Choi et al., 2018; Tekindal et al., 2012).

Finalement, dans les études décrites et analysées, aucune n'a tenté de mettre en relation le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées alors qu'il y a probablement une corrélation entre les deux phénomènes. En effet, selon le cadre de référence, l'utilisation des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion telles que la culpabilité, l'évitement et l'auto-accusation pourraient favoriser un niveau d'épuisement professionnel élevé (Maslach et al., 2016). De plus, aucune étude n'a été réalisée spécifiquement chez les infirmières œuvrant auprès des GB et aucune étude n'a été réalisée au Canada. Il serait donc pertinent comme

premier objectif d'évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB. La sous-section suivante décrit une revue de la littérature des études réalisées auprès des infirmières au centre des GB et leurs stratégies d'adaptation face à leur travail.

### **Les stratégies d'adaptation.**

Une recherche sur les bases de données CINAHL, Medline et PsycINFO a été réalisée pour les articles publiés entre les années 1990-2019. Cette recherche a permis d'identifier quatre études qui se sont penchées sur la question des stratégies d'adaptation des infirmières travaillant dans un centre de GB. Dans les paragraphes suivants, une description de chacune des études est présentée suivant un ordre chronologique de publication, suivie d'une analyse de ces dernières.

Il y a presque 30 ans, en 1990, une première étude descriptive transversale a été réalisée aux États-Unis (Lewis et al., 1990). Un questionnaire a été distribué à 24 infirmières travaillant auprès de GB dans un centre universitaire. Ce centre comprenait 11 lits et on y traitait des adultes et des enfants GB. L'étude a obtenu un taux de participation de 71 %. La majorité des participantes étaient des femmes (82 %) et 71 % étaient âgées entre 30 et 39 ans. Les participantes avaient une moyenne d'expérience de 8 ans [3-15]. Cette étude avait trois buts : 1) identifier les facteurs de stress perçus par les infirmières, 2) connaître leurs façons de réagir au stress, autrement dit déterminer leurs stratégies d'adaptation et 3) connaître leur satisfaction dans leur travail. Les stratégies d'adaptation ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire dont le détail des questions et le cadre de référence ne sont pas précisés par les auteurs. Les résultats révèlent que les composantes émotionnelles (telles que la douleur, le fait que ce soit des enfants, que les patients décèdent, les conflits entre collègues, etc.) sont des facteurs de stress. Pour terminer, la non-participation des patients à leur propre réadaptation est aussi une source de stress vécu par

les soignants. Le soutien social figure comme principale stratégie d'adaptation au stress vécu au travail. La relaxation, l'activité physique et le fait d'en parler avec la famille et les amis arrivent comme deuxième principale stratégie d'adaptation. La grande majorité des infirmières (16 sur 17) ont répondu que le travail d'équipe et le soutien entre infirmières constituent leurs principales stratégies d'adaptation. Les auteurs énoncent quelques pistes de solution afin de réduire le stress au sein du personnel soit : l'augmentation des choix d'horaire disponible, les possibilités de formation continue et le maintien du bas ratio patient versus infirmière (Lewis et al., 1990).

Il y a plus de 20 ans, en 1999, une seconde étude utilisant une approche phénoménologique a été réalisée en Australie (Nagy, 1999). L'auteur a effectué 5 entrevues individuelles enregistrées à intervalle de 6 mois, auprès de 32 infirmières (81 % de femmes) travaillant dans 5 unités de GB (9 infirmières d'un centre de GB pour enfants et 23 infirmières provenant de 4 autres centres de GB pour adultes). Les participants avaient entre 2 et 19 ans d'expérience au centre des GB. Le but de l'étude était de connaître les types de stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières lors de procédures douloureuses. L'auteur a identifié 14 types de stratégies d'adaptation et les a classés en 4 catégories. Il s'agit de 1) la distance émotionnelle et physique, 2) l'engagement avec le patient afin de favoriser un meilleur soulagement de la douleur, 3) la recherche d'un soutien social et 4) la reconstruction de son rôle central en tant qu'infirmière qui soulage et qui inflige de la douleur (Nagy, 1999). En conclusion, la distanciation est la stratégie d'adaptation prédominante utilisée par les infirmières de cette étude. L'auteur émet la possibilité que la combinaison de plusieurs stratégies d'adaptation puisse être le plus efficace (Nagy, 1999).

En 2001, une troisième étude, de type phénoménologique, a été réalisée en Angleterre (Cronin, 2001). Des entrevues individuelles enregistrées et retranscrites ont été utilisées auprès de 5 infirmières, âgées de 25 à 40 ans et ayant 1 à 8 ans d'expérience auprès des GB. Le but de cette étude était de comprendre comment les infirmières font face à leurs émotions au centre des GB. Les résultats révèlent que les infirmières vivent des situations stressantes et



émotionnellement exigeantes en relation avec les expériences vécues au travail. Certaines infirmières font face adéquatement à leurs émotions et d'autres non, entre autres par manque de temps. Ces infirmières vont chercher une forme de soutien social auprès de leurs collègues où elles se créent un réseau. Elles vont également chercher du soutien auprès de leurs partenaires, de leurs familles ou encore de leurs amis à l'extérieur de leur travail. Les conclusions de l'auteur sont à l'effet que les infirmières doivent tenir compte de leurs émotions et sentiments ressentis. Selon ce même auteur, les solutions seraient de créer des moments de repos pour discuter et faire des sessions régulières de débriefing. L'auteur propose également d'assurer la formation des nouvelles infirmières, mais également des infirmières d'expérience afin de limiter les départs prématurés du service, prévenir les traumatismes émotionnels, réduire les maladies, l'absentéisme et l'épuisement professionnel (Cronin, 2001).

Plus récemment, en 2011, une quatrième étude descriptive phénoménologique, en Australie, a été réalisée sous forme d'entrevues semi-structurées (Kornhaber & Wilson, 2011). Cette fois, l'étude a été réalisée auprès de 7 infirmières d'un seul centre universitaire de GB. Les participants étaient âgés entre 25 et 58 ans et avaient entre 3 et 23 années d'expérience au centre des GB. L'objectif des auteurs était de comprendre si le sentiment d'impuissance affectait l'habileté des infirmières à prendre soin des patients ayant de graves brûlures. Quatre thèmes liés au sentiment d'impuissance vécu par les infirmières sont présentés dans les résultats. Il s'agit du sentiment d'être inadéquate ou incompetente, du sentiment d'appréhension de la réaction du patient, du sentiment de vulnérabilité et du sentiment de frustration (Kornhaber & Wilson, 2011). Selon ces auteurs, ces quatre thèmes liés au sentiment d'impuissance vécu par les infirmières affectent leur développement professionnel et leur capacité de leadership (Kornhaber & Wilson, 2011).

Tous les auteurs des études identifiés ici décrivent la situation vécue par les infirmières qui travaillent dans une unité de patients GB, comme étant difficile (Cronin, 2001; Kornhaber & Wilson, 2011; Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). C'est-à-dire qu'elles se sentiraient vulnérables et

inadéquates (Kornhaber & Wilson, 2011) et qu'elles vivraient constamment un sentiment de frustration. Les résultats de certaines études révèlent que les infirmières ont principalement recours à un soutien social afin de s'adapter à la situation difficile qu'elles vivent (Cronin, 2001), alors que d'autres études révèlent que la distanciation est la stratégie d'adaptation prédominante auprès des infirmières des GB (Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). À notre connaissance, il n'y a aucune étude plus récente depuis 2011 qui a exploré les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant au centre des GB (Kornhaber & Wilson, 2011). De plus, aucune étude n'a été réalisée au Canada. On observe également que près d'une décennie s'est écoulée entre les deux premières études (Lewis et al., 1990; Nagy, 1999) et presque autant entre la troisième et la quatrième (Cronin, 2001; Kornhaber & Wilson, 2011). Parmi les études répertoriées, on ne retrouve pas les informations permettant de comprendre les choix des auteurs pour la sélection de leur instrument ou leur élaboration, et ce, tant lors de l'élaboration du questionnaire (Lewis et al., 1990) que lors des entrevues (Cronin, 2001; Kornhaber & Wilson, 2011; Nagy, 1999).

Les faits notables dans toutes les études citées ci-dessus sont que les infirmières œuvrant auprès des GB vivent de fortes émotions, que leur travail est dit stressant (Cronin, 2001) et qu'elles mettent en œuvre plusieurs stratégies d'adaptation afin d'y faire face. La stratégie d'adaptation la plus utilisée par les infirmières des centres des GB est le soutien social, tant avec leurs collègues, qu'avec leur entourage (Cronin, 2001; Lewis et al., 1990; Nagy, 1999). La distanciation (Cronin, 2001; Nagy, 1999) se retrouve en seconde position. Elles utilisent plusieurs stratégies en même temps (Nagy, 1999). Aucune n'a démontré plus d'efficacité qu'une autre. Les résultats révèlent que le sentiment d'impuissance des infirmières au centre des GB affecte leur développement professionnel et leur capacité de leadership (Kornhaber & Wilson, 2011). Tous ces auteurs ont utilisé des devis qualitatifs afin d'explorer les stratégies d'adaptation sur un petit échantillon.

Suite aux résultats des études antérieures et le manque de résultats probants récents sur la question, il serait pertinent de faire une étude descriptive corrélationnelle sur un échantillon plus

important dans le but d'évaluer, dans un premier temps, l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB. Dans un deuxième temps, il serait intéressant de décrire les stratégies d'adaptation de ces infirmières et finalement de vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB au Canada, plus précisément dans la province du Québec en 2018. Les retombées de cette présente étude permettront de décrire la situation vécue par les infirmières œuvrant au centre des GB du CHUM. L'évaluation de leurs niveaux d'épuisement professionnel ainsi que la détermination de leurs stratégies d'adaptation les plus utilisées seront évaluées. Le chapitre suivant présente la méthodologie de l'étude.

### **Chapitre 3 : Méthodologie de recherche**

Ce chapitre décrivant la méthodologie de l'étude est divisé en sous-sections. Il comprend : le type de devis ; les concepts, les variables et les instruments de mesure ; le milieu, la population cible et l'échantillon ; les critères d'inclusion et d'exclusion ; le déroulement des activités ; le plan d'analyses statistiques ; le contrôle des biais et les considérations éthiques.

#### **Le devis.**

Afin de répondre aux objectifs visés par ce projet, l'étude proposée est de type descriptive corrélationnelle (Fortin, Côté, & Fillion, 2010). Ce choix de devis est justifié par l'état des connaissances actuelles sur le sujet tel que décrit dans le chapitre précédent (soit cinq études utilisant le MBI auprès de professionnelles de la santé en unités de soins critiques et quatre études qualitatives auprès des infirmières au centre des GB et leurs stratégies d'adaptation), l'expertise de la chercheure principale et les moyens disponibles.

#### **Le concept, les variables et les instruments de mesure.**

Cette étude inclut deux concepts, soit l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation. Ils seront d'abord définis, puis suivront une description de l'instrument de mesure retenu pour chacun d'eux. Ensuite, les contextes et les notions métrologiques pertinentes seront également démontrés.

#### **L'épuisement professionnel.**

La version française du questionnaire intitulé *Maslach Burnout Inventory* (MBI) a permis d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel et par le fait même de lui donner une définition

opérationnelle. Il comprend 22 questions (Appendice A – Section 1) permettant d'évaluer les trois dimensions de l'épuisement professionnel mentionnées précédemment (Maslach & Jackson, 1986). Le tableau 2 donne le récapitulatif des questions de la version française du MBI selon la dimension évaluée.

*Tableau 2*  
*Version française du Maslach Burnout Inventory (MBI)*

Dimensions de l'épuisement professionnel	Questions
L'épuisement émotionnel	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
La dépersonnalisation ou déshumanisation	5, 10, 11, 15, 22
L'accomplissement professionnel	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Initialement, le questionnaire MBI permet d'évaluer, pour chaque énoncé, deux aspects soit la fréquence et l'intensité ressentie par le participant. Par exemple, à l'énoncé : « Je me sens émotionnellement vidé par mon travail » le participant indique sur deux échelles de type « Likert », allant de 0 à 6, la fréquence d'apparition de ce sentiment et l'intensité ressentie lorsque celui-ci survient (Dion & Tessier, 1994). Le MBI permet donc d'obtenir six résultats puisque pour chacune des trois dimensions, la fréquence et l'intensité, variant sur une échelle continue, sont évaluées. Par ailleurs, par souci d'utiliser un questionnaire court, l'étude actuelle n'a évalué que la fréquence puisqu'aucun auteur consulté dans la revue des écrits n'a utilisé l'intensité dans l'interprétation des résultats. De plus, étant donné que la comparaison des résultats de la présente étude sera faite avec les études antérieures, l'évaluation de cette composante n'a pas été retenue dans le cadre de la présente étude.

L'épuisement émotionnel, qui comprend neuf items, mesure le degré de fatigue physique et émotionnelle. La dépersonnalisation ou déshumanisation comprend cinq items et évalue les réponses impersonnelles et insensibles face aux besoins des patients. Un résultat élevé pour ces deux dimensions correspond à un niveau élevé d'épuisement professionnel. L'accomplissement

professionnel comprend, quant à lui, huit items et évalue le sentiment de compétence et de réussite au travail. Contrairement aux deux premières dimensions, un faible résultat sur cette échelle correspond à un degré élevé d'épuisement professionnel (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Maslach & Jackson, 1986).

Les auteurs de cet instrument déconseillent vivement de combiner les scores des trois dimensions pour obtenir un score unique d'épuisement professionnel. De plus, bien qu'il soit possible de situer les sujets dans trois niveaux (bas, moyen, élevé), il est préférable, toujours selon les auteurs, de conserver les valeurs numériques pour les analyses statistiques (Maslach & Jackson, 1986).

Dans la revue de la littérature au chapitre précédent, les résultats de certaines études pour les dimensions de l'épuisement professionnel sont présentés en niveau bas, moyen et élevé (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Niasar et al., 2013) alors que d'autres sont présentés avec des moyennes et écarts-types. Dans la présente étude, les résultats sont présentés avec des moyennes et des écarts-types pour chaque dimension de l'épuisement professionnel afin de faciliter l'analyse et la discussion et surtout afin de maintenir les recommandations des auteurs originaux du MBI.

La version française du MBI fut testée auprès de deux échantillons québécois (260 éducatrices en garderie et 123 infirmières) (Dion & Tessier, 1994). Les qualités psychométriques, tel que l'indice de consistance interne et la fidélité test-retest à un intervalle de deux à quatre semaines, ont été évaluées pour les trois dimensions de mesure. Ces analyses ont mis en évidence une consistance interne élevée de l'outil avec des coefficients alpha Cronbach de 0,90 pour l'épuisement émotionnel, 0,79 pour la dépersonnalisation et 0,71 pour l'accomplissement personnel (Dion & Tessier, 1994). L'évaluation de la fidélité test-retest démontre une stabilité temporelle adéquate de la version française du MBI, avec des coefficients de corrélation de Pearson à 0,82 pour l'épuisement émotionnel, 0,60 pour la dépersonnalisation et 0,80 pour

l'accomplissement personnel (Dion & Tessier, 1994). En effet, la stabilité temporelle est élevée par rapport aux dimensions de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement personnel, tandis qu'elle est moyenne pour la dimension de la dépersonnalisation.

### **Les stratégies d'adaptation.**

Le deuxième concept de cette étude, soit les stratégies d'adaptation face au stress, se définissent, selon Lazarus et Folkman (1984), comme étant le constant changement cognitif et l'effort comportemental pour gérer des demandes internes et externes qui sont évaluées ou perçues par la personne comme étant des demandes excédant ses capacités. Les stratégies d'adaptation sont opérationnalisées à travers l'instrument de mesure *Ways of Coping Checklist* (WCC-R). La version française validée par Cousson, Bruchon-Schweitzer, Quintard, Nuissier, et Rascle (1996) a été utilisée. Ce questionnaire permet d'évaluer les types de stratégies d'adaptation utilisées. Il comporte 27 questions, dont 10 questions centrées sur le problème ; 9 questions centrées sur l'émotion et 8 questions centrées sur le soutien social. Avant de répondre au questionnaire, une brève mise en situation est introduite c'est-à-dire que le participant devait réfléchir à une ou plusieurs situations stressantes vécues dans le cadre de son travail au centre des GB. Cette mise en situation a permis d'évaluer les stratégies d'adaptation face au stress vécu au travail et non dans la vie privée (Appendice A — section 2 du questionnaire). Le tableau 3 présente le récapitulatif des questions de la version française du WCC-R selon la dimension évaluée.



*Tableau 3*  
*Version française du Ways of Coping Checklist (WCC-R)*

Stratégies d'adaptation	Questions
Centrées sur le problème	1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 27
Centrées l'émotion	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26
Centrées sur le soutien social	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24

Chaque item est coté sur une échelle de Likert de 1 à 4 points (Non : 1, Plutôt Non : 2, Plutôt Oui : 3, Oui : 4), sauf l'item 15 qui est coté en sens inverse (Non : 4, Plutôt non : 3, Plutôt oui : 2, Oui : 1). Les résultats du questionnaire sont obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque dimension, soit un total minimum de 27 et un maximum de 108. La métrologie, dont la validité et la fidélité de la version française du questionnaire WCC-R, ont été démontrées par Cousson et al. (1996). L'homogénéité des items qui composent les variables mesurées par l'instrument a été évaluée à l'aide d'un coefficient de consistance interne (Cousson et al., 1996). Les coefficients alpha Cronbach sont modérés pour les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (0,72) et pour les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social (0,73), tandis qu'il est légèrement plus élevé pour les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (0,79). Des coefficients de fidélité de type test-retest à une semaine d'intervalle ont également été vérifiés. Les résultats démontrent une stabilité temporelle adéquate pour les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (0,90), pour les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (0,84) et pour les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social (0,75) (Cousson et al., 1996). Pour cette présente étude, les résultats du questionnaire WCC-R ont été obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant à chaque type de stratégie. De plus, le coefficient alpha Cronbach a été calculé pour chaque stratégie d'adaptation.

Finalement, la troisième section du questionnaire comprend des questions sociodémographiques pour décrire l'échantillon (Appendice A – section 3 du questionnaire). Les éléments évalués sont : l'âge, le genre, l'état civil, le dernier niveau de scolarité complété, le nombre d'années d'expérience comme infirmière, le nombre d'années d'expérience au centre des GB, le statut d'emploi, les horaires de travail habituel selon le poste occupé et le nombre de jours habituellement travaillés par quinzaine.

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire en ligne comprenant trois sections (Appendice A). Les auteurs ont été contactés et ont donné leur permission pour l'utilisation de leur questionnaire (Appendice B). La première section comprend les questions de la version française du Maslach Burnout Inventory (MBI). La deuxième section comprend les questions de la version française du *Ways of Coping Checklist* (WCC-R) qui est inspiré du cadre de référence de Lazarus et Folkman. Enfin, la troisième section comprend les questions sociodémographiques.

### **La population cible, l'échantillon et le milieu.**

La population cible concerne l'ensemble des infirmières exerçant dans un centre de GB au Québec. La population accessible pour cette étude est constituée des infirmières détenant un poste au centre des GB du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Il y a près d'une quarantaine d'infirmières qui y travaillent jour, soir et nuit à temps plein et à temps partiel et ayant des postes fixes ou de rotations.

Une technique d'échantillonnage de convenance a été utilisée. Cette méthode d'échantillonnage se rapporte au processus de recrutement des participants qui découle d'une méthode non probabiliste sans que les éléments qui composent l'échantillon ne soient obtenus de façon aléatoire. Ce type d'échantillonnage consiste à choisir les répondants selon leur accessibilité dans un lieu déterminé, à un moment précis et favorise la recherche de répondants

volontaires (Fortin et al., 2010). Cette technique a été choisie malgré ses limites pour des raisons de faisabilité de l'étude. La taille de l'échantillon visée était de 16 participants en tenant compte du potentiel de recrutement et du fait qu'il s'agit d'une étude descriptive. En effet, il y a une quarantaine d'infirmières qui travaillent au centre des GB du CHUM et nous avons estimé un taux de réponse autour de 40 % après 2 rappels.

Le centre des GB du CHUM reçoit chaque année toutes les victimes de brûlures graves de tout l'ouest du Québec et parfois même de l'Ontario. Ce centre hyperspécialisé comporte 9 lits dans des chambres en pression positive, une salle servant de bain d'admission (lieu d'accueil du GB en phase initiale) et une salle d'opération sur l'unité. Une équipe multidisciplinaire composée de chirurgiens plasticiens, d'intensivistes, de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de préposés aux bénéficiaires, d'inhalothérapeutes et d'intervenants en soins spirituels y travaillent quotidiennement afin de donner des soins spécialisés et ultraspécialisés (CHUM, 2015).

### **Les critères d'inclusion et d'exclusion.**

Cette étude comporte quatre critères d'inclusion. Les participants devaient être infirmières ou infirmiers, détenir un poste au centre des GB du CHUM, pouvoir s'exprimer en français et finalement être présentes au travail lors de l'étude. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

### **Le déroulement des activités.**

La période de recrutement a eu lieu du 22 décembre 2017 au 5 janvier 2018. La chercheuse a rencontré les infirmières du centre de GB en personne afin de leur demander leur autorisation à être contacté par courriel (Appendice C). Cette autorisation écrite était nécessaire afin que la chercheuse puisse communiquer avec les participants par courriel dans le but de leur

transmettre le questionnaire électronique. Une brève introduction de l'étude, une explication sur le déroulement et une présentation des objectifs ont été faites lors de cette rencontre initiale (Appendice D). Le 15 janvier 2018, un premier courriel (Appendice E) a été envoyé aux participants ayant signé le formulaire d'autorisation à être contacté. Les participants ont été invités à répondre au questionnaire par le truchement du premier courriel (Appendice E). Préalablement, un format électronique du questionnaire (Appendice A) avait été élaboré sur la « banque informatisée de questions (BIQ) » de l'Université du Québec à Trois-Rivières, située sur un serveur sécurisé conçu pour cette étude. Une relance par un second courriel a été effectuée après 2 semaines soit le 29 janvier 2018 afin de faire un rappel aux participants n'ayant pas encore complété les questionnaires (Appendice F). Pour obtenir un taux plus élevé de formulaires complétés, un 2<sup>e</sup> rappel a été fait le 20 février 2018.

### **Le plan des analyses.**

Dans un premier temps, une fois les données saisies et compilées, des analyses statistiques descriptives simples, telles que des calculs de fréquences (ex. : nombre et pourcentage) et des calculs de tendance centrale et de dispersion (ex. : médiane, moyenne et écart-type) ont été appliquées pour les données sociodémographiques. Pour répondre au premier objectif de cette étude, les résultats obtenus au questionnaire MBI ont été calculés à partir d'une échelle de Likert de 0 à 6, pour chaque dimension de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement professionnel), et ce, pour chaque répondant. Ensuite, une moyenne des scores obtenus pour chaque répondant dans chacune des dimensions a été calculée. Les résultats sont donc présentés sous forme de moyennes et d'écart-types, et ce, pour les 3 dimensions de l'épuisement professionnel. Pour répondre au deuxième objectif de cette étude, les résultats obtenus au questionnaire WCC-R ont été calculés à partir d'une échelle de Likert de 1 à 4, pour chaque dimension des stratégies d'adaptation (centré sur le problème, l'émotion et le soutien social). Pour répondre au troisième objectif de cette étude, la

vérification d'une relation entre les différentes dimensions de l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB a été réalisée à l'aide du coefficient de corrélation. Le choix du test utilisé dépendait de la distribution des variables, soit un test de Pearson si la distribution des données respectait la loi normale, sinon un test de Spearman était appliqué. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (version 24).

### **Le contrôle des biais.**

La taille de l'échantillon ayant été estimée à 16 participantes limitera la validité externe de l'étude. Ainsi, les résultats ne pourront être généralisés à toutes les infirmières œuvrant dans un centre des GB. Par rapport aux questionnaires sélectionnés, sa traduction a été réalisée par des chercheurs français au début des années 90. Il y a donc un risque que le contexte culturel du Québec et les pratiques récentes n'aient pas été nécessairement considérés.

Un biais potentiel concerne la désirabilité sociale du fait que la chercheuse ait déjà travaillé dans le centre des GB du CHUM, il y a quelques années. Ceci a pu influencer les réponses de certains participants afin de plaire. Ce biais a pu être contrôlé par l'anonymat.

Afin de limiter le biais de sélection, le questionnaire fut adressé à toutes les infirmières du centre des GB du CHUM aptes à travailler pendant la période de recrutement. Mais il resta toujours un biais de sélection, car ce sont les infirmières qui ont démontré de l'intérêt qui y ont participé. Les infirmières qui étaient absentes du travail en raison de maladie ou d'épuisement professionnel n'ont pas été jointes. Il est donc possible que les infirmières ayant un haut degré d'épuisement professionnel n'aient pas participé à cette étude.

**Les considérations éthiques.**

Des certificats d'éthique ont été obtenus le 31 octobre 2017 de l'UQTR (numéro CER-17-239-07.10) (Appendice G) et le 19 décembre 2017 du CÉR CHUM (numéro 17 248) (Appendice H). Avant de débiter le questionnaire, les participants avaient accès au formulaire d'information et devaient donner leur consentement en version électronique (Appendice I). Selon les trois grands principes éthiques, soit le respect de la personne, la bienfaisance et la justice, le temps investi pour la passation du questionnaire fut un inconvénient envisagé. De plus, les participants ont dû réfléchir à des situations stressantes vécues antérieurement, ce qui a pu faire surgir des émotions et des bouleversements chez les infirmières. Afin d'offrir de l'aide en cas de bouleversements psychologiques, une liste de ressources, où elles pouvaient aller chercher de l'aide et du soutien professionnel, pouvait être fournie aux participants par la chercheuse responsable au besoin. Enfin, aucune compensation financière n'a été prévue pour l'étude.

Étant donné que la chercheuse a travaillé dans ce service il y a quelques années, elle est connue d'une partie de l'échantillon. Afin de limiter au maximum la possibilité de biaiser la validité des résultats, le questionnaire fut anonyme afin de ne pas pouvoir identifier les participants et les rassurer de la confidentialité des résultats. Les données recueillies électroniquement ont été anonymisées. Les données seront conservées sur un serveur sécurisé au laboratoire du Groupe Interdisciplinaire de Recherche Appliquée en Santé (GIRAS) au pavillon de la santé de l'UQTR et ensuite elles seront détruites, deux ans après la fin du projet de recherche.

Les bénéfices de cette étude étaient de mieux comprendre la situation actuelle vécue par les infirmières du centre des GB de la région de Montréal. Une fois la situation bien établie, il est possible de comparer les résultats avec les diverses études antérieures. Les résultats pourront permettre éventuellement de mettre en place des interventions visant à soutenir les infirmières et à prévenir ou diminuer le niveau d'épuisement professionnel le cas échéant.

## Chapitre 4 : Résultats de recherche

Ce chapitre présente les résultats de recherche et il est divisé en quatre sections. La première section contient le portrait de l'échantillon. La deuxième section décrit les résultats de l'évaluation du niveau d'épuisement professionnel à partir de ses trois dimensions, soit le premier objectif. On retrouve dans la troisième section, la présentation des résultats reliés aux stratégies d'adaptation les plus utilisées par les infirmières du centre des GB, soit le deuxième objectif. Enfin, la dernière section présente les corrélations existantes entre les stratégies d'adaptation et les différentes dimensions de l'épuisement professionnel, soit le troisième objectif.

#### **Le portrait de l'échantillon.**

En décembre 2017, 28 infirmières ont été rencontrées parmi les 40 infirmières ayant un poste au centre des GB du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Suite à cette rencontre, 27 infirmières ont donné leur consentement, en signant le formulaire prévu à cet effet (Appendice E), afin d'être contactées par courriel par la chercheure. Ce courriel a permis de leur transmettre le lien internet pour accéder au questionnaire en ligne. Le taux de réponse est de 85 % soit 23 participants sur 27, ce qui représente 57,5 % (23/40) du total des infirmières ayant un poste au centre des GB. La figure 2 illustre les étapes du recrutement des participants à l'étude.



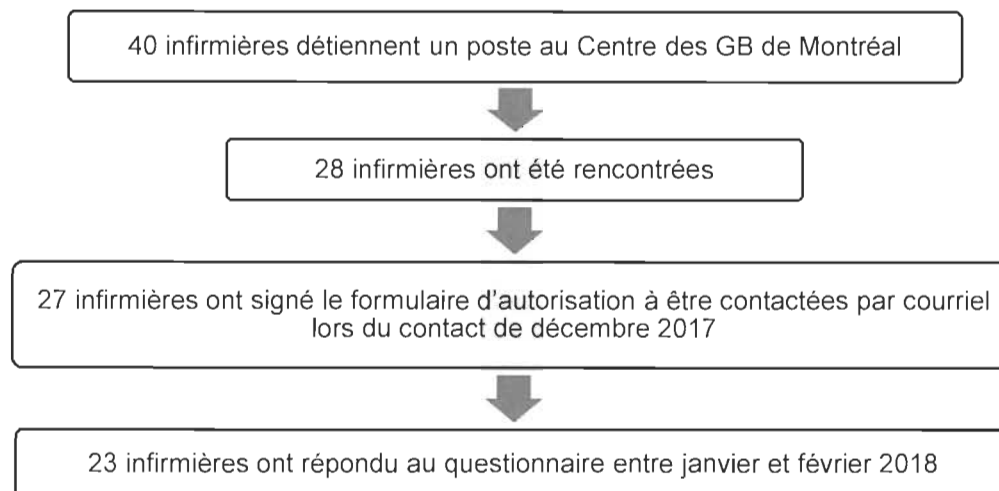


Figure 2 *Recrutement des participants*

L'échantillon final est donc constitué de 23 infirmières. Toutefois, pour certaines questions, le nombre de répondantes varie, c'est pourquoi le nombre de répondants (n) est précisé pour chaque item. Parmi les 20 participants ayant répondu à la question portant sur le genre, les femmes représentent 85 % et les hommes 15 %. La moyenne d'âge calculée sur les 21 participants ayant répondu à la question est de  $36,3 \pm 9,6$  ans. Un peu plus de la moitié des participants sont célibataires et travaillent à temps partiel. Plus de 60 % (13/21) des infirmières au centre des GB ont un diplôme d'étude universitaire. La moyenne du nombre d'années d'expérience au centre des GB des 19 participants ayant répondu à cette question est de  $7,6 \pm 8,2$ . Considérant l'écart-type important, la médiane a été calculée et est égale à 7,0 années d'expérience dans cette spécialité. Le Tableau 4 présente en détail les caractéristiques sociodémographiques générales des participants.

*Tableau 4*  
*Caractéristiques sociodémographiques des participants*

Variables	n (%)	
	Moyenne $\pm$ écart-type	[min-max]
Genre (n=20)		
Homme	3 (15)	
Femme	17 (85)	
Âge (n=21)	36,3 $\pm$ 9,6	[20 - 53]
État Civil (n=21)		
Marié(e)	10 (48)	
Célibataire	11 (52)	
Dernier niveau de scolarité (n=21)		
Diplôme d'étude collégiale	8 (38)	
Diplôme d'étude universitaire	13 (62)	
Statut d'emploi (n=21)		
Temps partiel	11 (52)	
Temps complet	10 (48)	
Horaire de travail habituel (n=21)		
Jour	7 (33)	
Soir	4 (19)	
Nuit	4 (19)	
Rotation	6 (29)	
Années d'expérience comme infirmière (n=21)	11,9 $\pm$ 9,1	[< 1 - 35]
Années d'expérience au centre des GB (n=19)	7,6 $\pm$ 8,2	[< 1 - 35]
Nombre de jours habituellement travaillés par quinzaine (n=21)	8,1 $\pm$ 2,2	[3 - 10]

### **L'épuisement professionnel.**

Le niveau d'épuisement professionnel a été évalué pour trois dimensions soit l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel au travail (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Les statistiques descriptives pour chacune des dimensions de l'épuisement professionnel ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 24. Une échelle de Likert avec une échelle de fréquence à 7 points, allant de jamais (0) à chaque jour (6) a été utilisée. Les résultats au questionnaire MBI sont présentés sous forme de trois tableaux, soit un par dimension. Au regard des résultats des Tableaux 5, 6 et 7, la disposition des réponses est assez variable d'un item à l'autre, et ce pour tous les tableaux de chaque dimension de l'épuisement professionnel.

Le Tableau 5 présente les répartitions des réponses pour la dimension « l'épuisement émotionnel » réparties en 9 items. La mention « quelques fois par an » est la plus fréquente, et ce, pour presque tous les items de cette dimension. La majorité des participants estime que « travailler avec des gens tout au long de la journée demande beaucoup d'effort » (item 6), ne survient « jamais » (39,1 %) ou « quelques fois par an » (26,1 %) seulement. De plus, 86,2 % (19/22) des participantes ne sont « jamais » ou « quelques fois par an » stressées de travailler en contact direct avec les gens (item 16).

Au regard des résultats du même tableau, parmi la répartition des choix de réponses les moins fréquents, telle que l'item 13 portant sur le sentiment de frustration face au travail, seulement 8,7 % (2/23) des participantes se disent frustrées par leur travail chaque jour. De plus, 13,6 % (3/22) des infirmières du centre des GB révèlent se sentir au bout du rouleau (item 20) chaque jour.

*Tableau 5*  
Répartition des réponses pour la dimension : Sentiment d'épuisement émotionnel (9 items)

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)						
			Jamais (0)	Quelques fois par an (1)	Une fois par mois (2)	Quelques fois par mois (3)	Une fois par semaine (4)	Quelques fois par semaine (5)	Chaque jour (6)
1	Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	23	1 (4,3)	6 (26,1)	4 (17,4)	8 (34,8)	2 (8,7)	2 (8,7)	-
2	Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	23	-	8 (34,8)	1 (4,3)	5 (21,7)	5 (21,7)	4 (17,4)	-
3	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	22	1 (4,5)	8 (36,4)	2 (9,1)	3 (13,6)	3 (13,6)	4 (18,2)	1 (4,5)
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	23	9 (39,1)	6 (26,1)	2 (8,7)	5 (21,7)	-	-	1 (4,3)
8	Je sens que je craque à cause de mon travail	22	8 (36,4)	6 (27,3)	-	4 (18,2)	3 (13,6)	1 (4,5)	-
13	Je me sens frustré(e) par mon travail	23	-	7 (30,4)	3 (13,0)	7 (30,4)	1 (4,3)	3 (13,0)	2 (8,7)
14	Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	22	1 (4,5)	8 (36,4)	5 (22,7)	4 (18,2)	-	2 (9,1)	2 (9,1)
16	Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	22	13 (59,1)	6 (27,1)	1 (4,5)	1 (4,5)	1 (4,5)	-	-
20	Je me sens au bout du rouleau	22	4 (18,2)	9 (40,9)	2 (9,1)	2 (9,1)	1 (4,5)	1 (4,5)	3 (13,6)

Le Tableau 6 présente les répartitions des réponses des participantes pour la dimension « dépersonnalisation » répartie en 5 items. La mention « jamais » est la plus fréquente, et ce, pour presque tous les items de cette dimension.

À l'égard des résultats de ce tableau, parmi les choix de réponses les plus fréquents, à l'item 15, 69,6 % (16/23) des infirmières ne se sentent « jamais » insoucieuses vis-à-vis de leurs patients. De plus, à l'item 11 qui concerne la sensibilité, 54,5 % (12/22) des répondantes ne craignent « jamais » que ce travail ne les endurecisse émotionnellement. Concernant l'item 22 sur le sentiment d'impuissance, la même proportion, 54,5 % (12/22) des infirmières n'ont « jamais » l'impression que leurs patients les rendent responsables de certains de leurs problèmes. Enfin, à l'item 10, 50,0 % (11/22) des participantes ne sont « jamais » devenues plus insensibles aux gens depuis qu'elles ont ce travail.

*Tableau 6*  
Répartition des réponses pour la dimension : Dépersonnalisation (5 items)

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)						
			Jamais (0)	Quelques fois par an (1)	Une fois par mois (2)	Quelques fois par mois (3)	Une fois par semaine (4)	Quelques fois par semaine (5)	Chaque jour (6)
5	Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	23	11 (47,8)	6 (26,1)	2 (8,7)	1 (4,3)	-	2 (8,7)	1 (4,3)
10	Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	22	11 (50,0)	3 (13,6)	3 (13,6)	2 (9,1)	3 (13,6)	-	-
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	22	12 (54,5)	3 (13,6)	1 (4,5)	2 (9,1)	1 (4,5)	1 (4,5)	2 (9,1)
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	23	16 (69,6)	6 (26,1)	-	-	1 (4,3)	-	-
22	J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	22	12 (54,5)	3 (13,6)	1 (4,5)	3 (13,6)	1 (4,5)	2 (9,1)	-

Le Tableau 7 présente les répartitions des réponses pour la dimension « accomplissement personnel au travail » répartie en 8 items. Les mentions de « quelque fois par semaine » et « chaque jour » sont les plus fréquentes, et ce, pour presque tous les items de cette dimension.

En lien avec les résultats du même tableau, parmi les choix de réponses les plus fréquents, figure l'item 7 sur le sentiment d'être efficace. En effet, 73,9 % (17/23) des infirmières disent se sentir efficaces « chaque jour » face aux problèmes de leurs patients. Ensuite, à l'item 4 portant sur l'empathie, on constate que 69,6 % (16/23) des participantes disent comprendre facilement ce que leurs patients ressentent « chaque jour ». Finalement, à l'item 19 portant sur le sentiment d'accomplissement, 45,5 % (10/22) des répondantes affirment « chaque jour » avoir accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans leur travail.

À l'opposé, la mention « jamais » n'a été mentionnée qu'une seule fois pour un seul item. En effet, l'item 21 portant sur la façon dont les problèmes sont traités au travail, 1 infirmière sur les 22 répondantes mentionne qu'elle ne gère « jamais » les problèmes émotionnels très calmement.

Tableau 7  
Répartition des réponses pour la dimension : Accomplissement professionnel au travail (8 items)

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)						
			Jamais (0)	Quelques fois par an (1)	Une fois par mois (2)	Quelques fois par mois (3)	Une fois par semaine (4)	Quelques fois par semaine (5)	Chaque jour (6)
4	Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	23	-	-	3 (13,0)	2 (8,7)	-	2 (8,7)	16 (69,6)
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	23	-	-	1 (4,3)	-	1 (4,3)	4 (17,4)	17 (73,9)
9	J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	21	-	-	3 (14,3)	1 (4,8)	2 (9,5)	6 (28,6)	9 (42,9)
12	Je me sens plein(e) d'énergie	22	-	1 (4,5)	3 (13,6)	2 (9,1)	1 (4,5)	11 (50,0)	4 (18,2)
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	21	-	1 (4,8)	1 (4,8)	2 (9,5)	1 (4,8)	7 (33,3)	9 (42,9)
18	Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients	21	-	3 (14,3)	4 (19,0)	-	6 (28,6)	-	8 (38,1)
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	22	-	-	1 (4,5)	2 (9,1)	1 (4,5)	8 (36,4)	10 (45,5)
21	Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	22	1 (4,5)	-	-	3 (13,6)	-	9 (40,9)	9 (40,9)



Le Tableau 8 reprend les résultats descriptifs, soit les moyennes et les écarts-types, ainsi que les minimums et maximums obtenus au questionnaire MBI selon les trois dimensions de l'épuisement professionnel. Rappelons qu'un chiffre élevé pour la dimension de l'épuisement émotionnel et pour la dimension de la dépersonnalisation est associé à un taux élevé d'épuisement professionnel, alors qu'à l'inverse, un chiffre élevé pour la dimension de l'accomplissement professionnel correspond à un bas taux d'épuisement professionnel.

En ce qui concerne les scores obtenus pour la première dimension de l'échelle, soit l'épuisement émotionnel, la moyenne obtenue par les infirmières est de  $18,3 \pm 10,6$  alors que le score maximal potentiel pouvant être obtenu est de 54. Les participantes se situent donc au tiers inférieur du score maximal potentiel. Il est à souligner qu'aucune participante n'a atteint le score maximal puisque le plus haut score obtenu est de 40.

Des scores se situant au quart inférieur ont été obtenus pour la deuxième dimension, soit la dépersonnalisation. En effet, la moyenne obtenue par les infirmières est de  $5,8 \pm 5,5$  alors que le score maximal potentiel est de 30. À noter que les scores varient entre 0 et 20.

À l'opposé, pour la dernière dimension, soit l'accomplissement professionnel, la moyenne obtenue par les participantes est de  $38,5 \pm 7,1$ . Le score maximal potentiel pouvant être obtenu est de 48. Ici, le score des infirmières est très proche du score potentiel maximal de l'échelle avec des scores variant entre 21 et 48.

*Tableau 8*  
*Niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB*

Dimension de l'épuisement professionnel	n	Moyenne $\pm$ écart-type	[min - max]	Score maximum de l'échelle
Épuisement émotionnel	21	18,3 $\pm$ 10,6	[6 - 40]	54
Dépersonnalisation	22	5,8 $\pm$ 5,5	[0 - 20]	30
Accomplissement professionnel	19	38,5 $\pm$ 7,1	[21 - 48]	48

Ceci conclut la présentation des résultats au regard du premier objectif de cette étude portant sur l'évaluation du niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des GB. La prochaine section abordera le second objectif de cette étude, soit la description des résultats des stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB.

### **Les stratégies d'adaptation.**

Selon le modèle retenu pour cette étude, il existe trois types de stratégies d'adaptation (Cousson et al., 1996; Lazarus & Folkman, 1984) : les stratégies centrées sur le problème, les stratégies centrées sur l'émotion et les stratégies centrées sur la recherche de soutien social. Le calcul des statistiques descriptives pour chacun des trois types de stratégies a été effectué à l'aide du logiciel SPSS 24. Une échelle de fréquence de Likert à 4 points, passant du choix de réponses non (1), à plutôt non (2), plutôt oui (3), et finalement, oui (4), a été utilisée. Les résultats au questionnaire WCC sont présentés sous forme de trois tableaux, soit un par type de stratégies d'adaptation. Au regard des résultats des Tableaux 9, 10 et 11, la répartition des réponses est assez variable d'un item à l'autre et ce, pour tous les tableaux de chaque type de stratégies d'adaptation.

Le Tableau 9 présente les répartitions des réponses correspondant aux stratégies d'adaptation centrées sur le problème comprenant 10 items. Les mentions « plutôt oui » et « oui » sont les plus fréquentes, et ce, pour presque tous les items de cette stratégie d'adaptation.

Au regard des résultats du tableau, parmi les choix de réponses les moins fréquents, à l'item 7 seulement 4,8 % (1/21) des participantes ne changent pas de façon positive face à une situation dite stressante. Ainsi qu'à l'item 13, seulement 4,5 % (1/22) des répondantes ne se concentrent pas sur un aspect positif qui pourrait apparaître après la situation.

Finalement, parmi les choix de réponses ayant recueillis les scores les plus élevés, on retrouve la persévérance, soit l'item 4, alors que 100 % (23/23) des infirmières disent qu'elles se battent pour ce qu'elles veulent. À l'item 27, 90,9 % (20/22) des répondantes disent savoir ce qu'il faut faire. Aussi elles redoublent d'efforts et font tout leur possible pour y arriver.

*Tableau 9*  
*Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur le problème (10 items)*

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)			
			Non (1)	Plutôt Non (2)	Plutôt Oui (3)	Oui (4)
1	J'établis un plan d'action et je le suis	23	3 (13,0)	3 (13,0)	14 (60,9)	3 (13,0)
4	Je me bats pour ce que je veux	23	-	-	11 (47,8)	12 (52,2)
7	Je change positivement	21	-	1 (4,8)	13 (61,9)	7 (33,3)
10	Je prends les choses une par une	23	-	4 (17,4)	10 (43,5)	9 (39,1)
13	Je me concentre sur un aspect positif qui pourra apparaître après	22	1 (4,5)	-	12 (54,5)	9 (40,9)
16	Je sors plus fort(e) de la situation	22	1 (4,5)	5 (22,7)	10 (45,5)	6 (27,3)
19	Je change des choses pour que tout puisse bien finir	22	1 (4,5)	2 (9,1)	13 (59,1)	6 (27,3)
22	J'essaye de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	22	2 (9,1)	2 (9,1)	12 (54,5)	6 (27,3)
25	Je trouve une ou deux solutions au problème	22	-	2 (9,5)	12 (57,1)	7 (33,3)
27	Je sais ce qu'il faut faire, aussi je redouble d'efforts et je fais tout mon possible pour y arriver	22	1 (4,5)	1 (4,5)	11 (50,0)	9 (40,9)

Le Tableau 10 présente les répartitions des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion répartie en 9 items. La mention « plutôt oui » est la plus fréquente, et ce, pour presque tous les items de cette stratégie.

Concernant les résultats du Tableau 10, parmi les choix de réponses les plus fréquents, tels que le sentiment de culpabilité (item 8), 60,9 % (14/23) des infirmières disent se sentir mal quand elles ne peuvent pas éviter le problème. De plus, à l'item 14, 45,5 % (10/22) des répondantes avouent se culpabiliser.

Finalement, parmi les choix de réponses les moins fréquents, dont celui concernant le déni, 22,7 % (5/22) des infirmières essaient de tout oublier (item 20). De plus, concernant l'item 17, 13,6 % (3/22) des répondantes pensent à des choses irréelles ou fantastiques pour se sentir mieux.

*Tableau 10*  
*Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (9 items)*

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)			
			Non (1)	Plutôt Non (2)	Plutôt Oui (3)	Oui (4)
2	Je souhaite que la situation disparaisse ou finisse	22	3 (13,6)	4 (18,2)	9 (40,9)	6 (27,3)
5	Je souhaite pouvoir changer ce qui arrive	23	-	2 (8,7)	14 (60,9)	7 (30,4)
8	Je me sens mal quand je ne peux éviter le problème	23	2 (8,7)	7 (30,4)	10 (43,5)	4 (17,4)
11	J'espère qu'une sorte de miracle se produira	23	13 (56,5)	6 (26,1)	2 (8,7)	2 (8,7)
14	Je me culpabilise	22	5 (22,7)	7 (31,8)	8 (36,4)	2 (9,1)
17	Je pense à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	22	11 (50,0)	8 (36,4)	-	3 (13,6)
20	J'essaye de tout oublier	22	7 (31,8)	10 (45,5)	2 (9,1)	3 (13,6)
23	Je souhaite pouvoir changer d'attitude	22	3 (13,6)	5 (22,7)	10 (45,5)	4 (18,2)
26	Je me critique ou je me sermonne	21	2 (9,5)	6 (28,6)	7 (33,3)	6 (28,6)

Le Tableau 11 présente les répartitions des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social réparti en 8 items. Les mentions « plutôt oui » et « oui » sont les plus fréquentes et ce, pour presque tous les items de cette stratégie.

En fonction des résultats du tableau, parmi les choix de réponses les moins fréquents concernant le support social soit l'item 3, seulement 4,5 % (1/22) des infirmières ne parlent à personne de leurs ressentis ainsi qu'à l'item 12, seulement 4,8 % (1/21) des participantes ne discutent pas avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.

Alors que, parmi les choix de réponses les plus fréquents tels qu'à l'item 6, 60,8 % (14/23) des répondantes disent solliciter de l'aide d'un professionnel et elles suivent les conseils. Également pour l'item 18, 85,7 % (18/21) des participantes disent en parler avec quelqu'un qui pourra agir concrètement au sujet de ce problème. Finalement, à l'item 9, 86,9 % (20/23) des infirmières demandent des conseils à une personne digne de respect et elles les suivent.

*Tableau 11*  
*Répartition des réponses pour les stratégies d'adaptation centrées sur la recherche de soutien social (8 items)*

No	Items	n	Répartition des réponses, n (%)			
			Non (1)	Plutôt Non (2)	Plutôt Oui (3)	Oui (4)
3	Je parle à quelqu'un de ce que je ressens	22	1 (4,5)	-	10 (45,5)	11 (50,0)
6	Je sollicite l'aide d'un professionnel et je fais ce qu'il me conseille	23	4 (17,4)	5 (21,7)	11 (47,8)	3 (13,0)
9	Je demande des conseils à une personne digne de respect et je les suis	23	1 (4,3)	2 (8,7)	11 (47,8)	9 (39,1)
12	Je discute avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	21	-	1 (4,8)	10 (47,6)	10 (47,6)
15*	Je contiens (je garde pour moi) mes émotions	22	3 (13,6)	7 (31,8)	9 (40,9)	3 (13,6)
18	Je parle avec quelqu'un qui pourra agir concrètement au sujet de ce problème	21	1 (4,8)	2 (9,5)	15 (71,4)	3 (14,3)
21	J'essaye de ne pas m'isoler	22	3 (13,6)	4 (18,2)	10 (45,5)	5 (22,7)
24	J'accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un	21	2 (9,5)	-	7 (33,3)	12 (57,1)

Note. \* La question 15 est cotée inversement : 4 = non, 3 = plutôt non, 2 = plutôt oui et 1 = oui.



Le Tableau 12 reprend les résultats descriptifs, soit les moyennes et les écarts-types, ainsi que les minimums et maximums obtenus au questionnaire WCC selon les trois types de stratégies d'adaptation. En ce qui concerne les scores obtenus pour la première stratégie d'adaptation de l'échelle, soit celle centrée sur le problème, la moyenne obtenue est de  $31,7 \pm 3,9$ . Sachant que le score maximal de l'échelle est de 40, la moyenne obtenue est relativement proche de ce score maximal. De plus, au regard du Tableau 9, plus de la majorité des infirmières œuvrant auprès des GB utilisent des stratégies centrées sur le problème [24 - 38] puisque la plupart des participantes ont répondu « Plutôt oui » ou « Oui ».

En ce qui concerne les scores obtenus pour la deuxième stratégie d'adaptation de l'échelle, soit celle centrée sur l'émotion, la moyenne obtenue est de  $22,0 \pm 5,5$ . Sachant que le score maximal de l'échelle est de 36, considérant la moyenne et son écart-type, le résultat arrive moyennement proche de ce score maximal. De plus, à l'égard des résultats du Tableau 10, près de la moitié des infirmières œuvrant auprès des GB utilisent des stratégies centrées sur l'émotion [14 - 35] puisque, la plupart des participantes ont répondu « Plutôt oui » ou « Oui ».

Finalement, en ce qui concerne les scores obtenus pour la troisième stratégie d'adaptation de l'échelle, soit celle centrée sur la recherche de soutien social, la moyenne obtenue est de  $24,3 \pm 2,6$ . Sachant que le score maximal de l'échelle est de 32, la moyenne obtenue est assez proche de ce score maximal. De plus, au vu des résultats du Tableau 11, plus de la majorité des infirmières œuvrant auprès des GB utilisent des stratégies centrées sur la recherche de soutien social [19,00-28,00]. En effet, la plupart des participantes ont répondu « Plutôt oui » ou « Oui ».

*Tableau 12*  
*Stratégies d'adaptation les plus utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB*

Stratégies d'adaptation centrées sur :	n	Moyenne $\pm$ écart-type	[min - max]	Score minimum -maximum de l'échelle
Le problème	20	31,7 $\pm$ 3,9	[24 - 38]	[10 - 40]
L'émotion	20	22,0 $\pm$ 5,5	[14 - 35]	[9 - 36]
La recherche de soutien social	18	24,3 $\pm$ 2,6	[19 - 28]	[8 - 32]

Ceci conclut la présentation des résultats au regard du deuxième objectif de cette étude portant sur la détermination des types de stratégies d'adaptation les plus utilisées par les infirmières œuvrant auprès des GB. La prochaine section abordera le troisième objectif de cette étude soit l'évaluation de la corrélation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation chez les infirmières œuvrant auprès des GB.

### La relation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation.

Cette section porte sur les résultats à l'égard du troisième objectif soit l'évaluation de la corrélation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation chez les infirmières œuvrant auprès des GB. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 24. Dans un premier temps, un test de normalité a été effectué. Les variables à l'étude ne suivent pas une loi normale, donc le test de Spearman a été réalisé pour vérifier la corrélation entre les variables. Les résultats sont présentés en trois tableaux (Tableau 13, 14 et 15), un tableau par stratégie d'adaptation. Les résultats démontrent qu'une corrélation positive élevée a été identifiée entre un niveau d'épuisement émotionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = 0,71$  ;  $p = 0,001$ ) (Tableau 14). Ce qui veut dire qu'il existe une relation élevée entre le niveau d'épuisement émotionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion mises en place face aux diverses situations dites stressantes au travail. De plus, les résultats démontrent une corrélation moyenne, mais cette fois négative, entre l'accomplissement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = -0,61$  ;  $p = 0,008$ ) (Tableau 14). Les données recueillies ne permettent pas d'identifier d'autres corrélations statistiquement significatives entre les variables à l'étude (Tableau 13 et 15).

*Tableau 13*  
Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur le problème

Variables	n	Corrélation de Spearman	Valeur $p$
Épuisement émotionnel	19	-0,36	0,129
Dépersonnalisation	20	-0,35	0,134
Accomplissement professionnel	17	0,35	0,172

Tableau 14

Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion

Variables	n	Corrélation de Spearman	Valeur <i>p</i>
Épuisement émotionnel	20	0,71	0,001
Dépersonnalisation	20	0,24	0,300
Accomplissement professionnel	18	-0,61	0,008

Tableau 15

Relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social

Variables	n	Corrélation de Spearman	Valeur <i>p</i>
Épuisement émotionnel	18	-0,44	0,066
Dépersonnalisation	18	-0,11	0,654
Accomplissement professionnel	17	-0,02	0,945

## Chapitre 5 : Discussion

Dans ce dernier chapitre, les résultats de l'étude, selon les trois objectifs de recherche, sont analysés et interprétés au regard de la littérature scientifique. Par la suite, les forces et les limites de l'étude sont également abordées. Puis, finalement, des recommandations en lien avec la pratique et la recherche en sciences infirmières sont proposées en conclusion.

### **L'épuisement professionnel.**

Selon la première dimension de l'épuisement professionnel, soit l'épuisement émotionnel, les infirmières œuvrant auprès des GB ont obtenu une moyenne de  $18,3 \pm 10,6$ . Pour mieux saisir la portée de ce résultat, une analyse sera réalisée en tenant d'abord compte des études ayant utilisé la même méthode de calcul. Dans un deuxième temps, les résultats seront analysés à la lumière des études qui ont plutôt opté pour des barèmes d'interprétation soit des niveaux : faible, modéré et élevé. Puis, il y aura discussion des résultats et quelques pistes explicatives des résultats. Cette même façon de procéder sera utilisée pour chaque dimension de l'épuisement professionnel. Ainsi, pour l'épuisement émotionnel, en comparant notre résultat à d'autres études similaires, on remarque que le score obtenu par les participantes de la présente étude est plus faible. En effet, parmi les études antérieures répertoriées (Tableau 1), une première étude rapporte une moyenne de  $24,90 \pm 6,07$  pour cette dimension alors que la population étudiée est similaire à celle de la présente étude (Choi et al., 2018). Cette étude réalisée en Corée du Sud, a été effectuée auprès d'infirmières œuvrant aux soins intensifs (Choi et al., 2018). Une moyenne encore plus élevée, soit de  $27,16 \pm 6,27$  a été observée dans une autre étude réalisée en Turquie et effectuée auprès d'infirmières œuvrant, entre autres, dans une unité de soins intensifs (Tekindal et al., 2012). Aujourd'hui et dans un contexte québécois, les infirmières œuvrant au GB semblent donc moins épuisées émotionnellement que ce que rapportent les études antérieures basées sur

les résultats sous forme de moyennes et d'écart-types. Le contexte culturel ainsi que le milieu de soins différents entre les études expliquent en partie les résultats différents. Voyons la suite des comparaisons de nos résultats avec la littérature avant d'émettre des conclusions.

En utilisant les barèmes d'interprétation proposés par les auteurs recensés lors de la préparation de notre étude (Tableau 1), nos résultats correspondent à un niveau modéré d'épuisement émotionnel ce qui diffère en partie des résultats de ces études (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Niasar et al., 2013). Dans les études utilisant des niveaux pour chaque dimension de l'épuisement professionnel, on constate que le niveau identifié est soit comparable (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017) ou encore inférieur au résultat de notre étude (Niasar et al., 2013) pour la première dimension soit l'épuisement émotionnel. Pour la première étude réalisée en Espagne auprès de 52 professionnels de la santé, principalement des infirmières en unité de soins critiques, un niveau modéré (entre 17 et 26) a été obtenu par les participants (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). Alors que pour la deuxième étude réalisée en Iran auprès de 87 infirmières œuvrant en salle d'opération en centre universitaire, la très grande majorité des participantes (96,5 %) affichait un niveau faible d'épuisement émotionnel (<17) (Niasar et al., 2013).

En tenant compte de la comparaison avec les résultats de l'ensemble des études identifiées, on peut donc conclure que l'épuisement émotionnel chez nos participantes est modéré et que ce niveau est principalement inférieur aux résultats des autres études. Il serait possible de croire que les infirmières travaillent dans un environnement épanouissant permettant de diminuer l'épuisement professionnel. Dans une revue de littérature sur le bien-être des infirmières travaillant en unité de soins critiques, trois thèmes majeurs en ressortent soit : la relation professionnelle entre collègues, un bon leadership et la satisfaction des besoins du personnel (Adams, Chamberlain, & Giles, 2019). Ces thèmes sont des pistes possibles qui expliquent les résultats positifs de notre étude, résultats qui contredisent la littérature identifiée au départ qui conduisait à l'hypothèse initiale que les infirmières œuvrant au GB souffraient d'épuisement émotionnel. Alors

que la première dimension de l'épuisement professionnel est plutôt positive, les infirmières au GB qui ont répondu au questionnaire sont moins épuisées émotionnellement que l'annonçait la littérature (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Choi et al., 2018; Niasar et al., 2013; Tekindal et al., 2012) et une partie de cette différence réside dans le fait que les études ont été réalisées dans des contextes culturels différents. La formation sur la gestion du stress et consolidation travail et vie personnelle (Karanikola & Mpouzika, 2018) jouent un rôle primordial dans la diminution de l'épuisement émotionnel des infirmières.

Concernant la seconde dimension de l'épuisement professionnel, soit la dépersonnalisation, la moyenne obtenue par les infirmières est de  $5,8 \pm 5,5$ . D'autres études rapportent une moyenne plus élevée donc un niveau plus élevé de dépersonnalisation que notre étude. C'est le cas pour l'étude chez des infirmières travaillant dans des services de médecine interne, de chirurgie et d'unités de soins intensifs dans un centre universitaire en Turquie qui rapporte une moyenne de  $9,28 \pm 3,11$  (Tekindal et al., 2012). Une moyenne encore plus élevée de  $13,22 \pm 4,61$  a été rapportée en Corée du Sud (Choi et al., 2018). L'épuisement émotionnel entraîne une dépersonnalisation dans le travail (Maslach et al., 2016). Or, celle-ci se fait peu ressentir dans le cas de notre étude puisque le niveau d'épuisement émotionnel n'est pas élevé. De plus, les résultats de notre étude avec son écart-type chevauchent le niveau modéré de dépersonnalisation (Niasar et al., 2013) ainsi que le niveau bas (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017). La présente étude démontre que les répondantes au questionnaire vivent peu de dépersonnalisation envers leurs patients (Tableau 6) et elles sont nombreuses à être soucieuses d'eux, soit 16 participantes sur 23 (69,6) (question 15). Elles sont peu nombreuses à avoir le sentiment que leurs patients les rendent responsables de leurs problèmes, soit 3 participantes sur 22 (13,6) (question 22) et comme mentionné auparavant, la dépersonnalisation survient lorsque l'on souffre d'épuisement émotionnel (Maslach et al., 2016). Dans cette étude, les infirmières sont modérément épuisées émotionnellement donc il est logique qu'elles aient un niveau faible de dépersonnalisation (Maslach et al., 2016). On peut également se réjouir de ce résultat. Lors d'une



étude comparative entre l'unité des GB et des soins critiques d'un centre universitaire à Toronto, des résultats tels qu'un taux inférieur de dépersonnalisation chez les infirmières œuvrant auprès des GB en comparaison avec le groupe contrôle des soins critiques a également été relevé (Murji et al., 2006). Les auteurs de cette étude expliquent la différence par la mise en place de stratégies d'adaptation face au stress différente entre les infirmières des GB et des unités de soins critiques (Murji et al., 2006). C'est ce que nous constatons également dans nos résultats qui contredise notre revue de littérature.

Finalement, les infirmières œuvrant auprès des GB obtiennent une moyenne de  $38,5 \pm 7,1$  pour la troisième dimension de l'épuisement professionnel, soit l'accomplissement professionnel au travail. Il est important ici de se rappeler qu'un chiffre élevé pour la dimension de l'accomplissement professionnel est associé à un taux d'épuisement professionnel bas (Maslach & Jackson, 1986). Encore une fois les résultats de notre étude se distinguent de ce qui est retrouvé ailleurs puisque des moyennes inférieures ont été observées dans d'autres études telles que la moyenne obtenue de  $29,35 \pm 4,15$  dans une étude (Tekindal et al., 2012) et celle de  $28,81 \pm 5,44$  obtenue dans une autre étude (Choi et al., 2018).

Considérant le résultat de la moyenne avec son écart-type, notre étude se retrouve à la limite de deux niveaux, soit les niveaux modéré et élevé d'accomplissement professionnel selon les auteurs consultés (Arrogante & Aparicio-Zaldivar, 2017; Niasar et al., 2013). Ce résultat démontre que plusieurs infirmières œuvrant auprès des GB ayant répondu au questionnaire, se sentent accomplies et efficaces face à leur travail. En effet, au regard d'analyses plus approfondies parmi certains items du Tableau 7, 73,9 % des répondantes disent s'occuper très efficacement des problèmes de leurs patients et ce, à tous les jours (question 7). De plus, 45,5 % des infirmières disent accomplir beaucoup de choses qui en valent la peine dans leur travail et ce à tous les jours comparativement à 36,4 % qui le rapportent quelquefois par semaine (question 19). Les sentiments d'accomplissement et d'efficacité sont primordiaux afin de ne pas être épuisé professionnellement (Maslach et al., 2016; Piquemal-Vieu, 2001). Une autre étude

ayant obtenu les mêmes résultats en ce qui concerne l'accomplissement professionnel recommande l'implantation d'activités favorisant l'estime de soi et l'optimisme permettant ainsi une hausse de la satisfaction au travail (Golbasi, Kelleci, & Dogan, 2008) et de développer, chez les infirmières, des stratégies d'adaptation face au stress pour diminuer le risque d'épuisement professionnel (Golbasi et al., 2008).

Pour conclure cette section, notre étude qui a obtenu un niveau d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation modéré à faible, a par opposition obtenu un niveau se situant entre modéré et élevé pour l'accomplissement professionnel. C'est également ce que notre modèle suggère, soit des résultats inversement proportionnels (Maslach et al., 2016). Il est plausible de penser que ces infirmières sont heureuses et vivent un état de bien-être dans leur travail, et ce malgré les difficultés que cela peut impliquer. De plus, les nouveaux bâtiments du CHUM ont probablement eu une incidence sur ces résultats puisque le déménagement a eu lieu un mois et demi avant de questionner les infirmières des GB. Une étude récente, démontre que des environnements de travail spacieux, lumineux et ayant le moins de bruits sonores contribuent à une diminution du niveau d'épuisement professionnel (Petersson, Wangdahl, & Olausson, 2019).

### **Les stratégies d'adaptation**

Le deuxième objectif de cette étude est de déterminer les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant au centre des GB. Les résultats ont été vus au chapitre précédent. Nos résultats ne concordent pas avec les résultats identifiés de prime abord, mais revoyons nos résultats avec une analyse du cadre de référence ainsi qu'une analyse plus large de la littérature. Premièrement, voyons nos résultats pour chaque type de stratégie d'adaptation, en ordre de moyenne de la plus élevée à la moins élevée, soit de la stratégie d'adaptation l'a plus utilisée à l'a moins utilisée par les infirmières œuvrant auprès des GB. Deuxièmement, une discussion et explication en lien avec la littérature actuelle seront faites même si le contexte, l'échantillon ainsi que les outils de recherche utilisés sont différents de notre étude.

En premier lieu, la stratégie d'adaptation centrée sur le problème a obtenu la moyenne la plus élevée, soit  $31,7 \pm 3,9$ . Arrive en deuxième lieu la stratégie d'adaptation centrée sur la recherche de soutien social qui obtient une moyenne de  $24,3 \pm 2,6$ . Les stratégies centrées sur le problème et sur le soutien social sont habituellement liées à un épuisement professionnel plus faible (Lazarus & Folkman, 1984; Maslach et al., 2016). C'est ce que nous avons pu observer de nos résultats dans la section précédente de ce chapitre. Enfin, la stratégie d'adaptation centrée sur l'émotion arrive en dernier lieu et obtient une moyenne de  $22,0 \pm 5,5$ . Cette dernière est souvent liée à un taux d'épuisement professionnel plus élevé (Lazarus & Folkman, 1984; Maslach et al., 2016).

Au regard plus approfondi de certains résultats du Tableau 9, on constate que 95,2 % des infirmières répondantes changent positivement (question 7). De plus, 95,4 % des infirmières se concentrent sur un aspect positif qui pourra apparaître après (question 13). Elles sont donc plutôt positives face aux problèmes (Lazarus & Folkman, 1984). Le fait de se concentrer sur un aspect positif face à la situation dite stressante permet déjà une évaluation de la situation comme peu significative ou positive, donc en lien avec le plaisir et le bonheur tel que l'expliquent les fondements théoriques (Lazarus & Folkman, 1984). Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème sont les principales stratégies utilisées face au stress, en plus d'être les plus efficaces (Mazzella Ebstein et al., 2019). Une autre étude évaluant le bien-être au travail des infirmières œuvrant en unité de psychiatrie démontre que la confiance en soi et que la formation sur les techniques de gestion de stress ont un impact positif favorisant des habiletés de stratégies d'adaptation centrées sur le problème diminuant ainsi le stress (Hasan & Tumah, 2019).

D'après les résultats du Tableau 10, on constate que 91,3 % des participantes à notre étude souhaitent pouvoir changer ce qui arrive (question 5). Elles manifestent le souhait de changement lors de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion (Lazarus & Folkman, 1984). D'après le cadre de référence, cet aspect ne permet pas la perception de contrôle de la situation (Lazarus & Folkman, 1984). Ce manque de contrôle peut mener à l'épuisement professionnel.

Mais étant donné que ce n'est pas la majorité de notre échantillon qui manifeste de l'épuisement professionnel dû à un niveau moyen, nos résultats soulignent que notre échantillon utilise également peu de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion puisque ce sont les dernières stratégies d'adaptation que les infirmières au GB vont utiliser.

Puis finalement, selon les résultats du Tableau 11, 95,5 % des infirmières de notre étude parlent à quelqu'un de ce qu'elles ressentent (question 3) et 95,2 % des participantes discutent avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation dite stressante (question 12). Elles font donc appel à leur réseau social pour de l'aide et ainsi faire face aux situations dites stressantes (Lazarus & Folkman, 1984). Une revue de la littérature sur l'épuisement professionnel au sein des infirmières en soins critiques conclut que le meilleur moyen pour prévenir l'épuisement professionnel est de se soutenir mutuellement face aux situations stressantes (Epp, 2012). Le développement de stratégies d'adaptation telles que la recherche d'un support social a des impacts positifs sur la pratique professionnelle des infirmières et par le fait même sur leurs patients et familles en unités de soins critiques (Forozeiya et al., 2019). Ceci permet une réévaluation positive de la situation dite stressante et permet une meilleure adaptation face au stress (Lazarus & Folkman, 1984) suite aux stratégies d'adaptation mises en place. Des stratégies d'adaptation centrées sur le soutien social augmentent également la satisfaction au travail et le bien-être en général (Yu, Raphael, Mackay, Smith, & King, 2019). C'est ce que nous pouvons constater dans nos résultats également puisque nos infirmières œuvrant au GB ont un niveau d'accomplissement moyen à élevé. Il est possible de croire que la combinaison de plusieurs stratégies d'adaptation telles que mentionnées par certains auteurs (Lazarus & Folkman, 1984; Nagy, 1999) favorise une diminution significative du taux d'épuisement professionnel et c'est ce que notre prochaine section du chapitre abordera.

### **La relation entre le niveau d'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation.**

Le troisième objectif de cette étude était de déterminer et d'analyser les possibles corrélations entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation des infirmières œuvrant auprès des GB. Les résultats ont été vus au chapitre précédent, voyons maintenant la discussion de ces résultats.

Une première corrélation positive et statistiquement significative est présente entre le niveau d'épuisement émotionnel et l'usage de stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = 0,71$ ;  $p = 0,001$ ). En effet, une augmentation de la surcharge émotionnelle mène à l'épuisement émotionnel, favorisant ainsi le risque d'épuisement professionnel (Maslach et al., 2016). Afin de prévenir ce risque, des moments de détente et des séances de débriefing (Choi et al., 2018; Cronin, 2001; Lewis et al., 1990; Tekindal et al., 2012) sont importants afin de préserver et soutenir l'équipe et ainsi libérer la surcharge émotionnelle. Les résultats d'une étude récente révèlent et proposent des interventions dans la formation de base des infirmières afin de leur donner la possibilité de développer des stratégies d'adaptation de compassion sans toutefois que les infirmières aient à sacrifier leur propre santé personnelle (Kinman & Leggetter, 2016). Des résultats similaires démontrés dans une autre étude récente soulignent que des stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion, telles que l'espoir d'un changement, l'attente d'un miracle et/ou l'évitement d'une problématique, diminueraient la santé psychologique et générale des infirmières (Voskou, Bougea, Economou, Douzenis, & Ginieri-Coccossis, 2019). Il est donc souhaité de renforcer la formation sur des qualités d'estime de soi afin de réduire le risque d'épuisement (Golbasi et al., 2008).

Une autre corrélation cette fois négative existe entre l'accomplissement professionnel et les stratégies d'adaptation centrées sur l'émotion ( $r^2 = -0,61$ ;  $p = 0,008$ ). Il s'agit d'une corrélation modérée et négative, ce qui suggère que l'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur les émotions, tel que sur l'évitement, la culpabilité, l'auto-accusation, etc., entraînent un niveau d'accomplissement personnel plus faible. En d'autres mots, trop d'émotions négatives peuvent

diminuer l'accomplissement professionnel et ne favorisent pas une vision positive de son travail. De plus, un accomplissement professionnel faible entraîne un risque d'épuisement professionnel (Maslach et al., 2016). Les résultats d'une étude récente révèlent que le travail en interdisciplinarité serait la clé pour permettre un environnement de travail satisfaisant et ainsi favoriserait de meilleures stratégies d'adaptation et une augmentation dans l'accomplissement professionnel (Xu et al., 2019). Il a été décrit au chapitre 2 que le travail des infirmières au centre des GB est propre à une unité de soins critiques surspécialisés et dont le travail en équipe interdisciplinaire est prédominant. Les résultats de cette étude démontrent bien ce phénomène puisqu'une prédisposition à utiliser des stratégies d'adaptation centrées sur le problème et le soutien social a été observée. De plus, nous pouvons supposer que le sentiment d'expertise ressenti par les infirmières œuvrant au GB contribue à une hausse du sentiment d'accomplissement professionnel réduisant ainsi le niveau d'épuisement professionnel.

### **Les forces et les limites de l'étude**

Notre étude comporte des forces et des limites. Parmi les forces, figure un taux de 85,19 % de réponses soit 23 sur 27 questionnaires transmis. Pour le questionnaire en ligne, il avait été défini au chapitre 3 un taux de 40 % de réponse. Notre étude a donc obtenu plus du double de réponse attendu. Une autre force dans cette étude est la puissance statistique qui est satisfaisante pour faire les analyses de corrélation. De plus, les assises théoriques sur lesquels est basée notre étude sont solides, reconnues scientifiquement et elles contribuent à la validité de l'étude. L'originalité de l'étude constitue également une force. En effet, la population cible, c'est-à-dire les infirmières œuvrant au centre des GB, a peu été étudiée et encore moins dans un contexte culturel québécois. Finalement, à l'heure actuelle où plusieurs médias et réseaux sociaux dénoncent l'épuisement professionnel des infirmières, cette étude contredit ces dires et fait partie des forces de l'étude puisque les résultats de cette étude sont positifs et donne un autre point de vue.

Il existe par ailleurs des limites qui n'ont pas pu être évitées, tel que le biais de sélection, car ce sont des infirmières volontaires qui ont participé à l'étude alors elles avaient déjà un intérêt pour le sujet ( $n=23$ ). On a tenté de limiter ce biais en invitant toutes les infirmières du centre des GB du CHUM, aptes à travailler pendant la période de recrutement ( $n=27$ ), à participer à l'étude. Par contre, les infirmières qui étaient absentes du travail en raison de maladie ou d'épuisement professionnel n'ont pas été rejointes pour des raisons d'éthiques. Il est donc possible que les infirmières ayant un haut degré d'épuisement professionnel n'aient pas participé à cette étude ce qui aurait probablement influencé nos résultats contribuant ainsi à un biais de sélection.

Un autre biais potentiel concernant la désirabilité sociale doit être considéré. En effet, le fait que la chercheuse ait déjà travaillé dans le centre des GB du CHUM, il y a quelques années a potentiellement pu influencer les réponses de certaines participantes afin de plaire. Ce biais a été limité par le fait que le questionnaire a été adressé par voie électronique et de manière confidentielle.

Parmi les autres limites de cette étude, on retrouve le niveau élevé de données manquantes pour certaines questions du questionnaire. En effet, diverses participantes ont parfois omis une ou plusieurs questions, ou encore, toute une section du questionnaire qu'elles n'ont pas complétée (exemple : l'âge, le sexe, le nombre d'années d'expérience, etc.). Puisqu'il n'est pas possible d'identifier les causes de ces absences de réponses pour certaines questions, cela diminue le potentiel de transférabilité des résultats. De plus, le fait que l'étude a été réalisée dans un seul centre des GB empêche les résultats d'être généralisés à tous les milieux. En effet, le milieu dans lequel s'est déroulée cette étude ne reflète peut-être pas tous les contextes de travail et l'échantillon n'est peut-être pas représentatif de toutes les infirmières qui travaillent auprès des GB ainsi, la validité externe est limitée.

En 2017, le CHUM, formé des trois hôpitaux suivants : l'Hôtel-Dieu (HD) de Montréal, L'Hôpital Notre-Dame (HND) et l'Hôpital Saint-Luc (HSL), a vécu un déménagement vers le

nouveau CHUM. Le déménagement de l'HD, ancien lieu de l'unité des GB, a eu lieu le 5 novembre 2017 et ce déménagement a été une source de stress potentiel pour le personnel de l'hôpital. Des aspects variés du processus de déménagement comme la logistique, la planification, l'adaptation aux nouveaux lieux, auraient pu probablement influencer les résultats. C'est pourquoi l'étude a eu lieu un mois et demi après l'emménagement dans son nouveau bâtiment afin de prévenir l'influence de ce changement sur les résultats.

### **Les recommandations en lien avec la recherche**

Il serait souhaitable lors d'une prochaine étude de questionner les infirmières de plus d'un centre de GB puisque trop peu d'études se sont penchées sur la question. De plus, cela permettrait davantage de discussions, de comparaisons et de recommandations sur la question. Il serait également intéressant d'intégrer une approche salutogénique permettant de connaître les facteurs favorisant la santé et le bien-être physique, mental et social des infirmières. L'ajout d'une échelle sur le bien-être tel que : l'Échelle de mesure Positive du Bien-Être au Travail (EPBET), permettrait de mieux comprendre le phénomène et apporterait des précisions et des explications sur ce qui se passe de positif au travail tout en alimentant la discussion des résultats qui contredisent notre hypothèse de départ. Ainsi nos résultats positifs permettront, lors d'une prochaine étude, de ressortir les caractéristiques sur le bien-être des infirmières et de pouvoir avoir des recommandations plus spécifiques sur les stratégies d'adaptation efficaces. Une approche par entrevue récolterait des informations supplémentaires permettant également d'élaborer un plan d'action afin d'émettre, tant au niveau politique que pratique, des propositions pour réduire le niveau d'épuisement professionnel des infirmières. De plus, refaire une étude, en questionnant cette fois les infirmières de plus d'un centre de GB, serait pertinent afin de pouvoir faire davantage de corrélations et comparaisons entre les centres.



**Les recommandations en lien avec la pratique.**

À la suite des résultats plutôt positifs dans cette étude, il ressort que le niveau d'épuisement professionnel est plutôt bas et que les stratégies d'adaptation face au problème et au soutien social sont fortement utilisées. La petite taille de l'équipe (40 infirmières) permet évidemment de bénéficier d'un lien et de soutien au sein du groupe, qui selon les résultats est un facteur très positif. Il est donc recommandé de maintenir ces stratégies d'adaptation qui ont une influence positive sur la santé psychologique des infirmières telle que les stratégies centrées sur le problème (Exemple : établir un plan d'action face au problème ; faire face au problème ; ...) et le soutien social (Exemple : parler et discuter avec des collègues, des amis, la famille ; recherche d'information et de soutien matériel ou émotif ; ...) (Bruchon-Schweitzer, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). Comme d'autres auteurs l'ont souligné, maintenir dans la formation du personnel des cours de gestion du stress et favoriser la confiance en soi du personnel sont des moyens efficaces pour diminuer l'épuisement professionnel (Hasan & Tumah, 2019). De manière générale, une approche orientée vers les stratégies d'adaptation a un effet positif afin de ne pas succomber à l'épuisement professionnel (Lee, Tzeng, & Chiang, 2019).

## Conclusion

Cette étude a permis d'évaluer le niveau d'épuisement professionnel des infirmières œuvrant au centre des GB, en plus de faire ressortir les stratégies d'adaptation utilisées et d'établir quelques corrélations entre les deux. Les résultats de la présente étude contredisent de façon générale le peu de littérature retrouvée sur les infirmières œuvrant en soins critiques. En effet, nos résultats sont plus positifs que ce qu'avait prédit la littérature sur l'épuisement professionnel des infirmières en soins critiques sans oublier que l'unité de GB est une unité de soins critiques surspécialisée. Rappelons qu'il a déjà été mentionné que l'épuisement professionnel diminue lorsque les stratégies d'adaptation utilisées sont efficaces (Maslach et al., 2016). Il faut donc favoriser l'emploi de stratégies d'adaptation (Lee et al., 2019) centrées sur le problème ainsi que le soutien social puisque notre étude soulève qu'elles sont plus efficaces afin d'être moins épuisées professionnellement et d'avoir un niveau d'accomplissement professionnel élevé. De plus, favoriser la formation sur l'estime de soi et l'accomplissement professionnel de nos infirmières (Golbasi et al., 2008) semble être une bonne piste pour réduire l'épuisement professionnel des infirmières. Des recherches futures devraient permettre de faire ressortir davantage de corrélations et surtout de cerner spécifiquement ce qui est de positif dans cette équipe de soin. L'évaluation du bien-être permettrait également d'approfondir la discussion et l'explication de nos résultats positifs. De plus, le manque de recension sur la population de cette étude soulève également l'importance de pousser davantage les recherches afin de mieux comprendre le phénomène et la corrélation des deux concepts.

## Références

- Adams, A. M. N., Chamberlain, D., & Giles, T. M. (2019). The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. *Australian Critical Care*, 32(4), 319-329.
- Agoub, M., Elyazaji, M., & Battas, O. (2000). Épuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants. *Annales médico-psychologiques*, 158(9), 687-693.
- Al-Mousaw, A. M., Mecott-Rivera, G. A., Jeschke, M. G., & Herndon, D. N. (2009). Burn teams and burn centers: The importance of a comprehensive team approach to burn care. *Clinics in Plastic Surgery*, 36(4), 547-555.
- Arrogante, O., & Aparicio-Zaldivar, E. (2017). Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 110-115.
- Billing, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Choi, B.-S., Kim, J. S., Lee, D.-W., Paik, J.-W., Lee, B. C., Lee, J. W., Lee, H.-Y. (2018). Factors associated with emotional exhaustion in South Korean nurses: A cross-sectionnal study. *Psychiatry Investigation*, 15(7), 670-677.
- CHUM. (2015). Départements et services. Repéré à <http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/departements-et-services/maladies-musculo-squelettiques>
- Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rascle, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de *coping* : validation française de la W.C.C. (*ways of coping checklist*). *Psychologie française*, 41(2), 155-165.
- Cronin, C. (2001). How do nurses deal with their emotions on a burn unit? Hermeneutic inquiry. *International Journal of Nursing Practice*, 7(5), 342-349.
- Davidson, P., & Jackson, C. (1985). The nurse as survivor: delayed post-traumatic stress reaction and cumulative trauma in nursing. *International Journal of Clinical Studies*, 22(1), 1-13.

- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 26(2), 210-228.
- Duarte, M. d. L. C., Lemos, L., Zanini, L. N. N., & Wagnes, Z. I. (2012). Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 77-85.
- Echinard, C., & Latarjet, J. (2011). *Les Brûlures*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Epp, K. (2012). Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynamics*, 23(4), 25-31.
- Fischer, T. Z., & Waxman, S. G. (2012). Extraterritorial temperature pain threshold abnormalities in subjects with healed thermal injury. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(4), 515-522.
- Forozeiya, D., Vanderspank-Wright, B., Fothergill Bourbonnais, F., Moreau, D., & Kenneth Wright, D. (2019). Coping with moral distress - The experiences of intensive care nurses : An interpretive descriptive study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 23-29.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Golbasi, Z., Kelleci, M., & Dogan, S. (2008). Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: Cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1800-1806.
- Hasan, A. A., & Tumah, H. (2019). The correlation between occupational stress, coping strategies, and the levels of psychological distress among nurses working in mental health hospital in Jordan. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 153-160.
- Hilliard, C., & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2907-2915.
- Hylton Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412-422.
- Juozapaviciene, L., Rimdeika, R., & Karbonskiene, A. (2012). Problem with the post burn wound pain: Chronic profiles. *European Wound Management Association Journal*, 12(1), 33-38.

- Karanikola, M., & Mpouzika, M. (2018). Time to create a healthy work environment in ICU: A review of current evidence and commentary. *The world of critical care nursing*, 12(2), 44-47.
- Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 21-27.
- Kinman, G., & Leggetter, S. (2016). Emotional labour and wellbeing: what protects nurses? *Healthcare*, 4(4), 1-12.
- Kornhaber, R. A., & Wilson, A. (2011). Enduring feelings of powerlessness as a burns nurse: A descriptive phenomenological inquiry. *Contemporary Nurse*, 39(2), 172-179.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lee, T. S. H., Tzeng, W. C., & Chiang, H. H. (2019). Impact of coping strategies on nurses' well-being and practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), 195-204.
- Lewis, K. F., Poppe, S., Twomey, J., & Peltier, G. (1990). Survey of perceived stressors and coping strategies among burn unit nurses. *Burns*, 16(2), 109-112.
- Lourel, M., Gueguen, N., & Mouda, F. (2007). L'évaluation du burnout de Pines : adaptation et validation en version française de l'instrument *Burnout Measure Short version* (BMS-10). *Pratiques psychologiques*, 13(3), 353-365.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory: manual* (2e éd.). Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3e éd.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2016). *Maslach Burnout Inventory* (4e éd.). s.l.: Mind Garden.
- Mazzella Ebstein, A. M., Sanzero Eller, L., Tan, K. S., Cherniss, C., Ruggiero, J. S., & Cimiotti, J. P. (2019). The relationships between coping, occupational stress and emotional intelligence in newly hired oncology nurses. *Psycho-oncology*, 28(2), 278-283.
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919-938.

- Mealer, M. (2016). Burnout syndrome in the intensive care unit: Future directions for research. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(7), 997-998.
- Munroe, V., & Brunette, N. (2001). L'épuisement professionnel (*burn-out*) : un problème réel. *Revue ontarioise d'intervention social et communautaire*, 7(1), 165-192.
- Murji, A., Gomez, M., Knighton, J., & Fish, J. S. (2006). Emotional implications of working in a burn unit. *Journal of Burn Care & Research*, 27(1), 8-13.
- Nagy, S. (1999). Strategies used by burns nurses to cope with the infliction of pain on patients. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1427-1433.
- Niasar, N. K., Kharam, Z. T., Koohbor, M., & Aghaziarati, M. (2013). Professional burnout and the affecting factors in operating room nurses in Qom teaching hospitals. *Jentashapir Journal of Health Research*, 4(4), 305-315.
- Olofsson, B., Bengtsson, C., & Brink, E. (2003). Absence of response: A study of nurses' experience of stress in the workplace. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 351-358.
- Petersson, E., Wangdahl, L., & Olausson, S. (2019). ICU nurses' experiences of environmental elements and their meaning for patient care at an ICU: A qualitative content analysis. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(2), 59-67.
- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings *Hospital Community Psychiatry*, 29(4), 233-238.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 84-98.
- Rossi, L. A., Camargo, C., Santos, C. M. N. M., Barruffin, R. d. C. d. P., & Carvalho, E. C. d. (2000). A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 18-26.
- Tekindal, B., Tekindal, M. A., Pinar, G., Ozturk, F., & Alan, S. (2012). Nurses' burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in Turkish State Hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 18(1), 68-76.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2014). *Soins critiques* (7<sup>e</sup> éd.) (St. Louis, MO, 2014). Traduction française par Brien, L.-A., Houle, J., Milhomme, D., & Tanguay, A., Montréal: Chenelière éducation.



- Voskou, P., Bougea, A., Economou, M., Douzenis, A., & Ginieri-Coccossis, M. (2018). Relationship of quality of life, psychopathologic symptoms and ways of coping in Greek nursing staff. *Enfermería Clínica*. Repéré à <https://sci-hub.tw/10.1016/j.enfcli.2018.10.006>
- Xu, H. G., Johnston, A. N. B., Greenslade, J. H., Wallis, M., Elder, E., Abraham, L., Crilly, J. (2019). Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australasian Emergency Care*, 22(3), 180-186.
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129-140.
- Yuxiang, L., Lingjun, Z., Lu, T., Mengjie, L., Xing, M., Fengping, S., Jijun, Z. (2012). Burn patients experience of pain management: A qualitative study. *Burns*, 38(2), 180-186.

## **Appendice A**

Questionnaire en 3 sections.

## Questionnaire en 3 sections



### Section 1

#### Questionnaire de *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

Traduction française par Dion et Tessier 1994

Répondre aux questions suivantes de façon spontanée.

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent							
5-Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients							
8-Je sens que je craque à cause de mon travail							
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							

10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12-Je me sens plein(e) d'énergie							
13-Je me sens frustré(e) par mon travail							
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients							
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients							
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20-Je me sens au bout du rouleau							
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22-J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes							



## Section 2

### *WCC-R de Vitaliano et al. (1985), adaptation française de Bruchon-Schweltzer et al. (1996)*

Pensez à des situations que vous avez vécues dans le cadre de votre travail auprès des grands brûlés et que vous avez trouvées particulièrement difficiles à vivre (ce peut être le décès d'un patient, un patient dont la douleur est très difficile à soulager, des complications inattendues ou encore des conséquences graves). Indiquez pour chacune des réactions ci-dessous, si vous l'utilisez généralement pour faire face à ce genre de situations. Il suffit de cocher, parmi les quatre cases à droite de chaque item, celle qui correspond le mieux à votre réaction habituelle.

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui
1. J'établis un plan d'action et je le suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je souhaite que la situation disparaisse ou finisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je parle à quelqu'un de ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me bats pour ce que je veux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je souhaite pouvoir changer ce qui arrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je sollicite l'aide d'un professionnel et je fais ce qu'il me conseille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je change positivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. Je me sens mal quand je ne peux éviter le problème				
9. Je demande des conseils à une personne digne de respect et je les suis				
10. Je prends les choses une par une				
11. J'espère qu'une sorte de miracle se produira				
12. Je discute avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
13. Je me concentre sur un aspect positif qui pourra apparaître après				
14. Je me culpabilise				
15. Je contiens (je garde pour moi) mes émotions				
16. Je sors plus fort(e) de la situation				
17. Je pense à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
18. Je parle avec quelqu'un qui pourra agir concrètement au sujet de ce problème				
19. Je change des choses pour que tout puisse bien finir				
20. J'essaye de tout oublier				
21. J'essaye de ne pas m'isoler				
22. J'essaye de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				



23. Je souhaite pouvoir changer d'attitude				
24. J'accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
25. Je trouve une ou deux solutions au problème				
26. Je me critique ou je me sermonne				
27. Je sais ce qu'il faut faire, aussi je redouble d'efforts et je fais tout mon possible pour y arriver				



### Section 3

#### Questionnaire de données sociodémographique

Veuillez répondre à toutes les questions, en fonction de votre situation actuelle.

1. Âge : \_\_\_\_\_ ans
2. Genre :  
  
Homme  
  
Femme
3. État civil :  
  
Célibataire  
  
Marié  
  
Séparé  
  
Divorcé  
  
Veuf (ve)
4. Dernier niveau de scolarité complété :  
  
Diplôme d'Étude Collégial (DEC)  
  
Universitaire 1<sup>er</sup> cycle Baccalauréat  
  
Universitaire 2<sup>e</sup> cycle Maîtrise,  
  
Universitaire 3<sup>e</sup> cycle Doctorat
5. Année d'expérience comme infirmière : \_\_\_\_\_ ans
6. Année d'expérience au centre des grands Brûlés : \_\_\_\_\_ ans





**7. Statut d'emploi :**

Temps partiel

Temps complet

**8. Horaire de travail habituel selon votre poste :**

Jour

Soir

Nuit

Rotation Jour/Soir

Rotation Jour/Nuit

**9. Nombre de jours habituellement travaillés par 15 : \_\_\_\_\_ / 15<sup>e</sup>**

Merci d'avoir collaboré au projet de recherche et d'avoir participé au  
développement du savoir.

## **Appendice B**

Lettres d'autorisation des auteurs

Lettres d'autorisation des auteurs

Le 29 septembre 2017

PAR COURRIEL

Isabelle Moreira Purificação  
[isabelle.purificacao@uqtr.ca](mailto:isabelle.purificacao@uqtr.ca)

Objet :

Lettre accord à l'utilisation du questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) traduit en français  
l'inventaire d'épuisement professionnel.

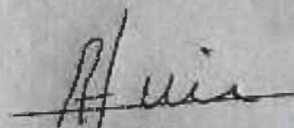
---

Chère Mme Moreira Purificação,

Par la présente, j'ai le plaisir de vous autoriser à utiliser notre questionnaire Maslach-Burnout Inventory (MBI) traduit en français l'inventaire d'épuisement professionnel dans le cadre de votre projet de maîtrise : « Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation. »

Je vous souhaite d'obtenir des résultats intéressants.

Je vous prie d'accepter, Madame Moreira Purificação, mes salutations des plus distinguées.



Réjean Tessier  
École de psychologie  
CRCHUQ  
Université Laval  
2325 rue des Bibliothèques  
Québec, CA G1V 0A6  
[rejean.tessier@psy.ulaval.ca](mailto:rejean.tessier@psy.ulaval.ca)

Bordeaux, le 30 septembre 2017

PAR COURRIEL

Isabelle Moreira Purificação

[isabelle.purificacao@uqtr.ca](mailto:isabelle.purificacao@uqtr.ca)

**Objet :**

**Accord donné pour l'utilisation par Isabelle Moreira Purificação du questionnaire Ways of Coping Checklist (W.C.C.) validé en version française en 1996**

---

Chère Mme Moreira Purificação,

Par la présente, j'ai le plaisir de vous autoriser à utiliser le questionnaire W.C.C. validé en version française en 1996 dans le cadre de votre projet de maîtrise : « Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation. »

Je vous souhaite d'obtenir des résultats intéressants.

Je vous prie d'accepter, Madame Moreira Purificação, l'expression de mes salutations les meilleures.

**Marlou Bruchon-Schweltzer**

Professeur Émérite

Laboratoire de Psychologie

EA 4139 Santé et Qualité de Vie



**université  
de BORDEAUX**

3 ter place de la Victoire

33076 Bordeaux Cedex France

+33 (0)5 57 57 18 11

## **Appendice C**

Formulaire d'autorisation à être contacté.

Formulaire d'autorisation à être contacté



FORMULAIRE D'AUTORISATION À ÊTRE CONTACTÉ

---

Je, soussignée, \_\_\_\_\_, autorise la chercheure Isabelle Moreira Purificação, ou un membre de son équipe à me contacter via l'adresse courriel mentionnée ci-dessous en vue de participer à une étude dans le cadre du projet intitulé : « Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation. »

Adresse courriel :

J'ai pris connaissance de ce qui précède et je saisis tout le sens de la présente.

En foi de quoi, j'ai signé :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## **Appendice D**

Information de décembre lors du premier contact en personne par la chercheure.

Information de décembre lors du premier contact en personne par la chercheuse.

**1. Me présenter**

Je suis Isabelle Moreira Purificação étudiante à la maîtrise à UQTR

**2. Mon projet d'étude**

Titre : Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation.

**3. Objectifs**

- 1) Évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des grands brûlés,
- 2) Décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés,
- 3) Vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés

**4. Ce que j'attends eux**

Lorsque vous recevrez mon premier courriel, c'est de lire le Formulaire d'information et de consentement et répondre au questionnaire qui suit en 3 sections.

Maximum 30 min.

En une fois.

Sylvie Dubeau Inf. Chef, accepte que cela soit fait sur votre lieu de travail.

**5. Signature du formulaire à être contacté**

Afin de vous contacter par courriel, j'ai besoin que vous complétiez le formulaire d'autorisation à être contacté et que vous le déposiez dans la boîte prévu à cette effet.



## **Appendice E**

Premier courriel.

Premier courriel.

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Récemment vous avez signé et donné votre consentement à être contacté par courriel pour une étude intitulée :

**« Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation. »**

Votre tâche serait de compléter le questionnaire en ligne qui vous prendra maximum 30 minutes de votre temps. Votre collaboration serait très appréciée dans ce projet. Nos objectifs sont d'évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des grands brûlés, de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et d'évaluer la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés.

Vous êtes cordialement invité à lire le document qui suit afin de bien prendre connaissance de l'étude qui est en cours sur votre lieu de travail, pour laquelle votre participation est sollicitée et approuvée par Sylvie Dubeau votre infirmière-chef de service.

Merci de votre intérêt et participation.

Bien à vous,

Cordialement,

Isabelle Moreira Purificação

## **Appendice F**

Deuxième courriel – Rappel.

Deuxième courriel – Rappel.

Bonjour !

Ceci est un rappel.

En date du \_\_\_\_ vous avez reçu un premier courriel sollicitant votre participation à une étude qui a lieu sur votre lieu de travail dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières. Votre tâche serait de compléter le questionnaire en ligne qui vous prendra maximum 30 minutes. Votre collaboration serait très appréciée.

Trois objectifs découlent de cette étude soit : d'évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des grands brûlés ; de décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés ; et vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés. Merci de lire attentivement le document qui suit pour plus de détails sur l'étude.

Merci d'avance de votre intérêt et de votre participation.

Bien à vous,

Cordialement,

Isabelle Moreira Purificação

## **Appendice G**

Certificat d'Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains (CEREH) UQTR.

Certificat d'Éthique de la Recherche avec des Êtres Humains (CEREH) UQTR.



**CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS**

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières oeuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies

**Chercheur(s) :** Isabelle Moreira Purificação  
Département des sciences infirmières

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-17-239-07.10

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 31 octobre 2017 au 31 octobre 2018

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

  
Bruce Maxwell  
Président du comité

  
Sophie Parent  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

Date d'émission : 31 octobre 2017

## **Appendice H**

Comité d'éthique de la recherche du CHUM.

Comité d'éthique de la recherche du CHUM.



Comité d'éthique de la recherche du CHUM  
Pavillon R, 900 rue St-Denis, 3<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H2X 0A9

Le 19 décembre 2017

Docteur José Côté  
Axe de recherche : système de soins et services

a/s : Mme Isabelle Moreira Purificacao  
courriel : isabelle.purificacao@umontreal.ca

Objet :	17.248 – Approbation FINALE (CÉR restreint)
	Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation.

Docteur,

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique:

- formulaire d'information et de consentement français modifié – principal - version du 15 décembre 2017
- formulaire 20 complété
- infos premier contact daté du 5 décembre 2017
- formulaire autorisation à être contacté version 2 daté du 5 décembre 2017
- 1<sup>er</sup> courriel version 4 daté du 19 décembre 2017
- 2<sup>ième</sup> courriel version 4 daté du 19 décembre 2017
- questionnaire en 3 section version 1 daté du 5 octobre 2017
- 1<sup>er</sup> courriel final version 4 daté du 19 décembre 2017
- 2<sup>ième</sup> courriel final version 4 daté du 19 décembre 2017

Le tout étant jugé satisfaisant, il nous fait plaisir de vous informer que la présente constitue l'approbation finale de votre projet de recherche, **valable pour un an à compter du 19 décembre 2017**. Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

Vous retrouverez dans Nagano section "Fichiers – FIC – version approuvée CÉR CHUM (pdf)" une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participants à la recherche,



**Veillez noter que le projet de recherche ne pourra débuter avant que vous n'ayez reçu la lettre de la personne mandatée pour autoriser cette recherche dans les murs de l'établissement. De même, lorsque cela s'applique à votre situation, le projet ne peut débuter tant que le contrat n'est pas finalisé et dûment signé.**

Le comité d'éthique du CHUM est désigné par le gouvernement du Québec (MSSS) et adhère aux règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

**Pour toute question relative à cette correspondance**, veuillez communiquer avec la personne soussignée via NAGANO, ou avec le secrétariat du comité par téléphone ou courriel: [ethique.recherche.chum@mssss.gouv.qc.ca](mailto:ethique.recherche.chum@mssss.gouv.qc.ca) - 514 890-8000, poste 14485, ou consulter le fichier «Questions-réponses» au bas de la page d'accueil Nagano.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions d'accepter, Docteur, nos salutations distinguées.

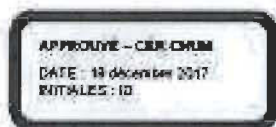


Me Isabelle Duclos  
Vice-présidente  
Comité d'éthique de la recherche du CHUM

## **Appendice I**

Formulaire d'information et de consentement.

Formulaire d'information et de consentement.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Évaluation de l'épuisement professionnel chez les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés et leurs stratégies d'adaptation.
Chercheuse responsable :	José Côté, Titulaire de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers CHUM Carrefour de l'Innovation, chercheuse au CRCHUM. Lyne Cloutier, professeure titulaire, département des Sciences infirmières, UQTR, Directrice de recherche. Julie Houle, professeure titulaire, département des Sciences infirmières, UQTR, Codirectrice de recherche.
Membres de l'équipe de recherche :	Isabelle Moreira Purificação, département des sciences infirmières, programme d'étude : Maîtrise en sciences infirmières avec mémoire (étudiant), UQTR, étudiante-chercheuse.  Lyne Cloutier, professeure titulaire, département des Sciences infirmières, UQTR, Directrice de recherche.  Julie Houle, professeure titulaire, département des Sciences infirmières, UQTR, Codirectrice de recherche.
Source de financement :	Aucun financement
No du projet au CHUM :	17.248

### Préambule

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche parce que vous êtes une infirmière travaillant à l'Unité des Grands Brûlés au CHUM. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à communiquer avec la chercheuse responsable du projet ou avec l'étudiante-chercheuse pour poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

### Objectifs et résumé du projet de recherche

Ce projet de recherche vise à évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des grands brûlés, à décrire leurs stratégies d'adaptation utilisées et ainsi vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès de ces patients. Les objectifs spécifiques de ce projet de recherche sont :

- 1) Évaluer l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès des grands brûlés;
- 2) Décrire les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés;
- 3) Vérifier la relation entre l'épuisement professionnel et les stratégies d'adaptation utilisées par les infirmières œuvrant auprès des grands brûlés.

### Nature et durée de votre participation

Si vous vous acceptez de participer à ce projet de recherche et après avoir signé le présent formulaire, votre participation consistera à répondre à un questionnaire en ligne. Ce questionnaire comporte 3 sections et il vous prendra environ 30 minutes pour le compléter. Vous aurez la possibilité de le faire sur les lieux et temps de travail.

Voici quelques exemples de questions : « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens », « Je me sens au bout du rouleau », « Je change des choses pour que tout puisse bien finir », « Je trouve une ou deux solutions au problème », etc. Vous devrez cocher votre réponse selon une échelle telle que : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine ou chaque jour pour la première section du questionnaire. Puis une échelle telle que : non, plutôt non, plutôt oui ou oui pour la seconde section.

### Risques et inconvénients

Il n'y a aucun risque physique connu à participer à ce projet de recherche. Par contre, votre participation à ce projet pourrait vous occasionner certains inconvénients liés aux émotions suscitées par la description de votre expérience. Advenant le cas où vous auriez besoin de soutien, nous pourrions vous orienter vers une ressource capable de vous aider. De plus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire et pour répondre aux questions durant l'entrevue peut représenter un inconvénient pour certain(e)s participant(e)s et susciter un questionnement ou un stress.

### **Avantages**

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

### **Compensation**

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée sur un serveur sécurisé par l'UQTR par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront les chercheuses désignées dans ce formulaire. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données électroniques et les autres données seront détruites après 2 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par l'établissement ou du comité d'éthique de la recherche. Ces personnes et organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité de votre relation avec l'équipe de recherche ou votre employeur.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré(e) du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

### **Identification des personnes-ressources**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Isabelle Moreira Purificação au courriel : [isabelle.purificacao@uqtr.ca](mailto:isabelle.purificacao@uqtr.ca)

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHUM, au 514-890-8484.

### **Approbation par le Comité d'éthique de la recherche**

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé le projet et en assurera le suivi.

**Engagement de l'étudiante-chercheuse**

Moi, Isabelle Moreira Purificação, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant des participants humains.

**CONSENTEMENT**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez

- être d'accord pour participer

Oui, j'accepte de participer